

Annaes Paulistas de Medicina e Cirurgia

DIRECTOR: DR. EURICO BRANCO RIBEIRO
Caixa Postal, 1574. S. Paulo (Brasil)

Assinatura: por 1 anno 30\$000; por 2 annos 50\$000

Vol. XXXVI

Outubro de 1938

N. 4

Volume do baço e emetina

Dr. Adelmo de Sousa Machado

Docente livre de Farmacologia da Faculdade de Medicina da Bala

O baço, além do papel importante que exerce na evolução dos elementos figurados do sangue e nos processos de nutrição e crescimento, é dotado de uma função mecânica mercê da qual êle intervem, não só na regulação das circulações geral e porta, como também na modificação da massa sanguínea mórmente no que diz respeito ao teor de elementos figurados dos quais o órgão lienal é reservatório.

Para o estudo da farmacologia desta função mecânica torna-se necessária uma recapitulação, embora sucinta, de alguns dados anátomo-fisiológicos.

O baço, conforme está esquematizado na Fig. I, apresenta uma *cápsula* espessa de tecido conjuntivo, fibras musculares lisas e fibras elásticas.

Dela partem em várias direções *trabéculas* mais ricas ainda em fibras lisas e elásticas.

Estas trabéculas formam um arcabouço em cujas malhas se encontra a *polpa vermelha*, essencialmente formada de um retículo de fibras na intersecção das quais se notam células fixas poligonais e células livres ou *esplenócitos*.

O sector do aparelho circulatório está assim representado:

A) *Artéria esplênica* que, logo ao penetrar no hilo, se divide em vários ramos — *artérias trabeculares* — que, por seu turno, se sub-dividem terminando em dois ou três ramos dispostos em pincel, — *arteríolas penicilares*.

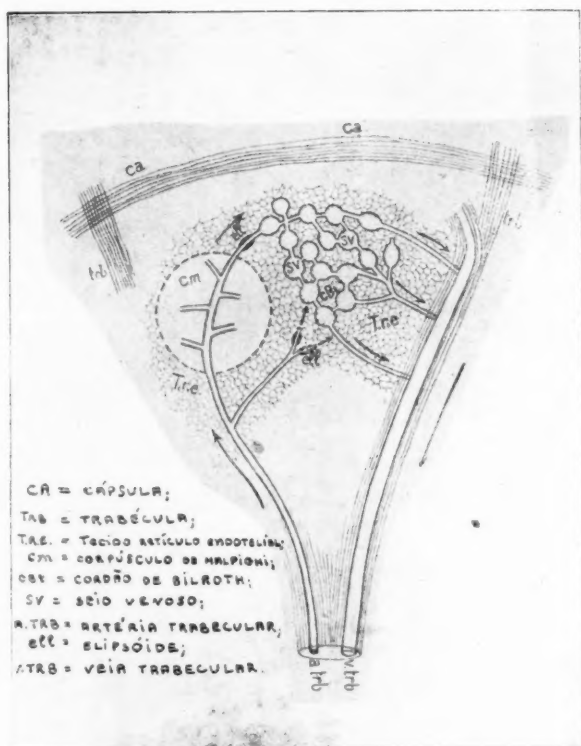


Fig. 1 (Benhamou).

Um pouco antes de sua sub-divisão, as artérias trabeculares atravessam pequenos nódulos de tecido linfóide denominados *foliculos* ou *corpos de Malpighi* (*polpa branca*) emitindo então colaterais — *arteriolas foliculares* — que vão ter à *polpa vermelha*.

As arteriolas peniculares em sua terminação são envaginadas por uma pequena massa condensada de retículo — o *elipsóide* — verdadeira válvula de segurança da circulação esplênica.

B) *Seios venosos* que em sua face interna são constituídos de células endoteliais e exteriormente de fibras circulares perpendiculares às referidas células com as quais formam uma verdadeira grade, estrutura esta que permite sua permeabilidade.

Perto dos seios venosos encontram-se as *camaras de Hueck* onde se acumulam glóbulos vermelhos.

Estes seios se continuam com vênulas providas de orifícios múltiplos as quais se lançam nas *veias trabeculares* que vão constituir a *veia esplênica*.

A porção de polpa vermelha compreendida entre os seios venosos tem a denominação especial de *cordões de Bilioth*.

Estes, a polpa vermelha e as células endoteliais dos seios venosos representam parcela das mais importantes do sistema retículo-endotelial.

A circulação do baço tem sido motivo de acurados estudos e controvérsias.

Alguns autores admitem que as arteríolas penicilares se lancem nas malhas da polpa vermelha (*circulação aberta*), enquanto outros asseguram que elas se continuam com os seios venosos (*circulação fechada*).

Experimentadores de renome acreditam na existência de circulação fechada nos répteis, aberta nos peixes e dupla no cão, no gato e no camondongo.

Na Fig. I está representada a dupla circulação esplênica que parece existir também no homem.

* * *

O baço apresenta expansões e contrações discretas que se sucedem ritmicamente e lentamente.

Estas variações de volume que se disignam respectivamente *espleno-dilatação* e *espleno-contração* podem se acentuar por força de vários fatores, quer de ordem fisiológica, quer de ordem patológica ou medicamentosa.

A dilatação predomina após as refeições, atingindo o máximo na quinta hora depois da qual o órgão volta progressivamente ao seu volume normal.

As transfusões abundantes, a digital e o estrofantó, condicionam também aumento do volume do baço, porém passageiro.

O baço pôde reter nessas circunstâncias um volume de sangue duas ou três vezes maior.

A espleno-contração se exalta depois de exercícios físicos (carreira, marcha, natação), emoções, hemorragias, asfixia, intoxicações, mudanças de temperatura, excitações elétricas diretas ou reflexas e substâncias medicamentosas diversas tais como adrenalina, efedrina, etc.

Como se processa a espleno-contração?

Há duas teorias propostas, uma humoral e outra nervosa.

A humoral atribui o fenômeno a um aumento de secreção de adrenalina.

A segunda, mais plausível, admite a interferência de um centro espleno-contrativo bulbar agindo por intermédio da medula e dos nervos esplâncnicos.

Esta teoria se baseia em dados experimentais, a saber:

Passando electrodos na superfície do órgão há no local enrugamento da cápsula e isquemia.

Seccionados os nervos esplâncnicos, a excitação das pontas periféricas provoca immediata contração.

Excitando-se a ponta central do vago observa-se por via reflexa, idêntico efeito.

Com a excitação do sistema nervoso ou da fibra lisa directamente, a cápsula, as trabéculas e as arteríolas se contraem, o órgão diminui de volume e se lançam então na circulação as plaquetas que se acham nos seios venosos.

Em seguida, os glóbulos vermelhos acumulados nas câmaras de Hueck, os leucócitos e os monucleares da polpa esplênica atravessam os espaços fenestrados dos seios, os orifícios das venulas e atingem a veia esplênica.

Há então uma verdadeira auto-transfusão, na expressão de Binet.

Cessada a contração, graças às fibras elásticas da cápsula e das trabéculas, o baço volta progressivamente ao volume anterior, enchendo-se de sangue.

É como si fôra uma verdadeira esponja.

O centro da espleno-contração reage às variações da pressão arterial, conforme se depreende da seguinte experiência de Binet e René Gayet:

Um cão A perfundia por intermédio de suas carótidas a cabeça de outro cão B.

Quando A tinha hipertensão, B apresentava hipotensão e dilatação esplênica.

Si, ao contrário, A manifestava hipotensão, a pressão arterial se elevava em B concomitantemente com espleno-contração.

"O reservatório esplênico, diz Binet, pode dilatar-se ou contrair-se em seguida à hipertensão ou à hipotensão dos centros, reagindo no sentido oposto à perturbação da circulação bulbo-encefálica".

Como complemento dessas noções resta a explicação do mecanismo pelo qual o baço se defende das variações das circulações porta e geral.

Quando há hipertensão da circulação porta o sangue venoso difunde através dos canais laterais do elipsóide.

Havendo penetração brusca de sangue arterial este reflui no corpo de Malpighi e atinge a polpa por intermédio das artérias foliculares.

*
* *

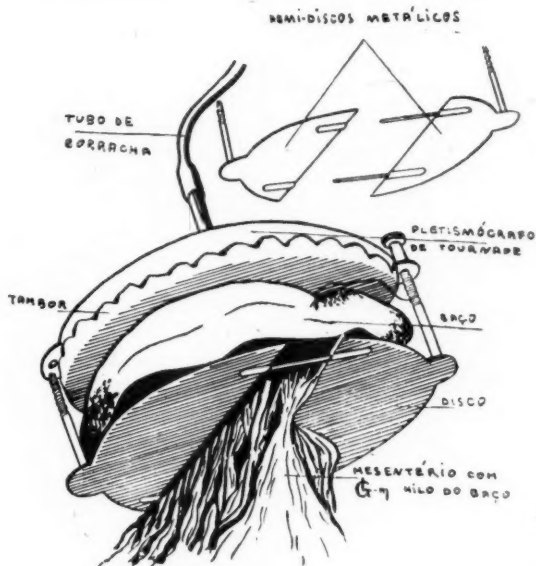


Fig. II (Gautrelet).

A espleno-contracção não tem somente um interesse fisiológico.

Nela se baseiam métodos de diagnóstico e de tratamento das esplenomegalias.

Em farmacologia experimental as variações de volume do baço podem ser apreciadas pela pletismografia, que se consegue, de preferência, com a ajuda do pletismógrafo de Tournade. (Fig. II).

Entre os animais de laboratório devem ser preferidos para tal experiência o cão ou o gato visto que eles têm o baço provido de melhor musculatura.

Anestesiado o animal, procede-se à abertura da parede abdominal mediante uma incisão de dez centímetros de comprimento, paralela à última costela e a dois dedos transversais da mesma.

Exteriorizado o baço, com os necessários requisitos técnicos faz-se uma ablação parcial do órgão como mostra a fig. III.

A porção restante que deve ter as dimensões do pletismógrafo, é colocada sobre a membrana do mesmo e depois coberta por dois hemi-discos metálicos que se fixam ao tambor daquele aparelho por meio de dois parafusos.

Os hemi-discos limitam um espaço por onde passa o pedículo do órgão. (Fig. II).

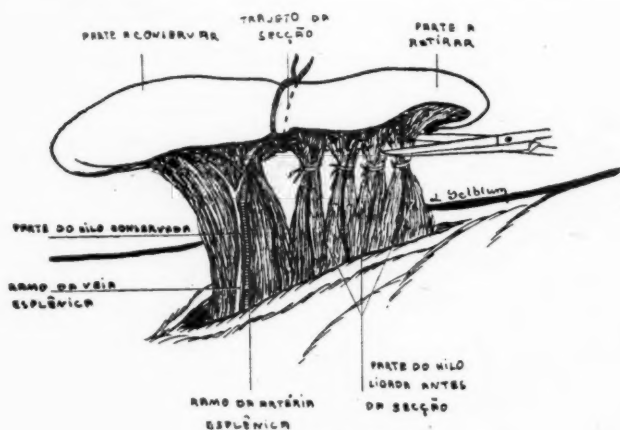


Fig. III (Gautrelet).

Com um tubo de borracha faz-se a comunicação entre o dispositivo e um tambor inscridor de Marey que registra em cilindro enfumado as variações volumétricas que lhe são transmitidas do pletismógrafo.

Durante a experiência é indispensável manter-se o pletismógrafo envolvido em algodão embebido em soro fisiológico a 37° afim de prevenir-se possíveis modificações de volumes do baço dependentes da temperatura ambiente.

Às substâncias espleno-contrativas deve-se acrescentar a emetina, primeiramente utilizada como tal, em 1915 na Baía, por Clementino Fraga, Fernando São Paulo, Prado Valadares e outros.

Estes eminentes mestres lançaram mão do alcaloide da ipeca para o tratamento da esplenomegalia e desalojamento do hematozoário de Laveran com resultados ótimos e até certo ponto surpreendentes.

Tais aplicações serviram de tema a bem documentadas teses de doutoramento de João Ferreira Lima e José dos Santos Pereira em 1919 e 1920 respectivamente.

No corrente ano realizámos várias experiências no Laboratório de Farmacologia de Medicina da Baía na sentido de fundamentar experimentalmente a propriedade espleno-contrativa da emetina e elucidar-lhe o mecanismo.

Concluimos que de fato, o cloridrato de emetina administrado a cães por via intravenosa na dose de 5 miligr. por quilogramo de peso, determina uma espleno-contração relativamente passageira.

A Fig. IV é um esplenograma em que se evidencia tal efeito.

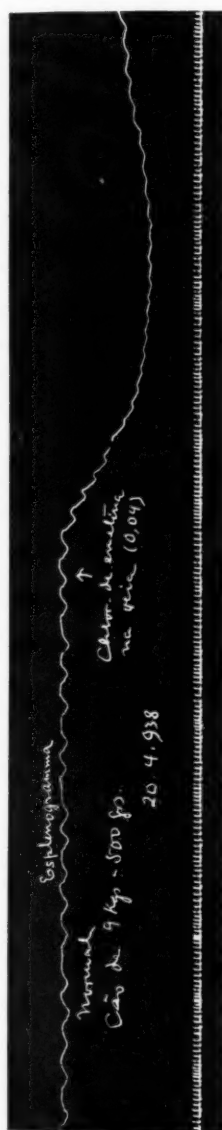


Fig. IV (Tempo em segundos).

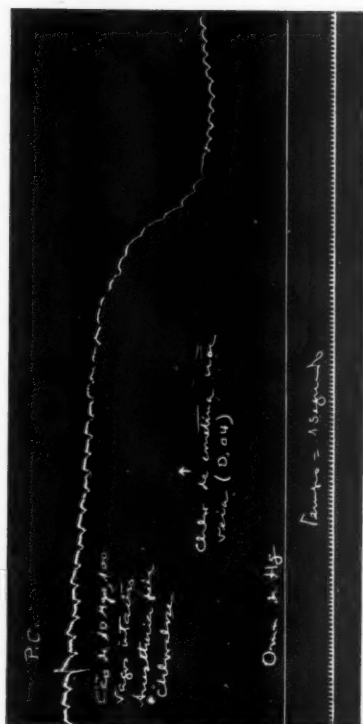


Fig. V.

Notam-se nêle pequenas ondulações devidas às variações respiratórias da pressão sanguínea e sôbre elas pequenas excursões correspondentes aos batimentos cardíacos.

Administrado o medicamento, dentro de dez segundos se iniciou a espleno-contracção e ao cabo de dois minutos aproximadamente o órgão começou a voltar ao seu volume primitivo.

Está cabalmente provado por Pick e Wasick de Viena que a emetina tem mesmo em pequenas doses notável ação depressiva sôbre a fibra lisa.

Aquêles experimentadores verificaram em intestinos, brônquios e útero, isolados ou *in situ*, de diversos animais que o medicamento em apreço era capaz de anular a ação da histamina e do cloreto de bário ou impedi-la quando aplicado antes.

No útero da cobáia Wasick conseguiu prevenir quasi totalmente a ação da pituitrina.

Além disso, Windans e Hermann chamam a atenção para a analogia de estrutura química entre a emetina e a papaverina pela presença de um núcleo di-metoxi-isoquinoleico.

A ação depressiva se manifesta também nos músculos estriados, bem como no miocárdio disto resultando um abaixamento da pressão arterial conforme mostra a Fig. V.

Com estes conhecimentos e o do mecanismo fisiológico da espleno-contracção não se devia esperar da emetina tal efeito.

Como então interpretá-lo?

Por certo que escapa a qualquer pesquisador a intimidade do paradoxo emetinico.

Nesta conjuntura só admitindo-se uma órgão-especificidade do medicamento.

O prosseguimento das experiências talvez venha esclarecer a complexidade do fenômeno, permitindo-nos sair do terreno das hipóteses.

Endereço: Rua Pires de Carvalho, 99.
Cidade do Salvador — Baía



NEO-HEPAN - figado injectavel

Síndrome de compressão da cauda de cavalo

Libertação cirúrgica

Dr. Eduardo Monteiro

Prof. da Universidade de S. Paulo. Docente livre de Clínica Médica.

Dr. Carlos Gama

Cirurgião. Assistente da Clínica Neurológica da Faculdade de Medicina da Universidade de S. Paulo.

Um caso de síndrome de compressão da cauda de cavalo merece registro, como se verá.

Observação. — Trata-se de C. M., 21 anos, sexo feminino, solteira, brasileira, branca, tecelã, residente em S. André.

Antecedentes familiares e pessoais: destituídos de interesse.

História da doença atual: Ha um ano e meio, começou a sentir dores nas costas e adormecimento na perna direita. Nos primeiros dias do estado mórbido, houve retenção parcial de urinas, que não exigiu cateterismo; depois, este fenómeno não se repetiu. Procurou um clínico, que lhe fez o diagnóstico de lumbago e submeteu-a a várias injeções, que não sabe precisar, a massagens e banhos de raios ultra-violeta.

Em 20/3/1938, procurou um de nós (E. M.).

Exame geral: Tipo hipostenico; emagrecimento de 6 quilos; palidez; 84 pulsações por minuto; pressão arterial 12-7. Visceras aparentemente normais.

Estática: normal; não ha sinal de Romberg, nem mesmo sensibilizado.

Marcha: discretamente escarvante.

Movimentação passiva: normal.

Musculatura: Atrofia apreciável do membro inferior direito, não alterando os movimentos passivos de extensão. As diferentes medidas de circunferência, nos membros inferiores, eram as seguintes:

		Direito		Esquerdo
Térço superior da coxa		43 cms.		43.5 cms.
" médio " "		36.5 "		36.5 "
" inferior " "		29.5 "		31 "
" superior " perna		26.5 "		27.5 "
" médio " "		23 "		26 "
" inferior " "		18 "		18.5 "

Movimentação voluntária: ampla.

Motricidade reflexa: Para o lado dos membros superiores, observa-se vivacidade universal dos reflexos, com tendência para a trepidação. A vivacidade de reflexos estende-se aos músculos do torax e do abdomen, particularmente os retos abdominais, que apresentam contrações enérgicas á percussão do rebordo costal.

Pelo contrário, os reflexos dos membros inferiores são fracos ou abolidos.

O limite de variação dos reflexos é dado, no tocante aos profundos, pelo médio pubiano, que apresenta apenas as respostas abdominais; e, quanto aos de superfície, pelos reflexos abdominais; dos últimos, são vivos os superiores e médios, e abolidos os inferiores.

Quanto aos reflexos tendinosos dos membros inferiores, observa-se o seguinte: patelar direito abolido; patelar esquerdo normal; os aquileanos, ora são nulos, ora muito fracos; os dos adutores suscitam apenas a contração dos músculos respetivos.

Não existem os reflexos patológicos de Bechterew e de Rossolino. São normais os reflexos cutâneos plantares.

Os reflexos tendinosos do pescoço e da cabeça não apresentam alterações.

Não ha anormalidade para o lado dos nervos cranianos.

Sensibilidade subjetiva. — Dores espontâneas sob a forma de cinta de constrição abdominal, indo do rebordo costal até ás virilhas, e que se intensificam pela pressão das visceras.

Sensação de amortecimento no membro inferior direito.

Tacto: Apresenta-se alterado desde D 9 para baixo; ha uma faixa de hipoestesia discreta entre D 10 e D 12, mais ou menos igual de ambos os lados, e uma zona de anestesia que interessa toda a coxa direita.

Dor: Faixa de hipoestesia, a partir de D 5 para baixo, até D 12. Hipoestesia acentuada em toda a coxa direita.

Calor e frio: A sensibilidade térmica é a menos alterada; ha apenas um atrazo da resposta em todo o membro inferior direito. Na coxa direita a termo-hipoestesia é mais acentuada, obtendo-se respostas frequentemente erradas.

Sensibilidade superficial: Sem alterações acima de D 5.

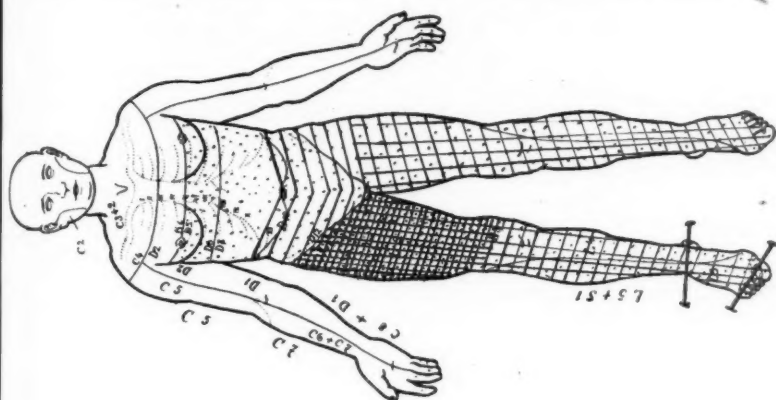
Sensibilidade profunda: A *segmentaria* encontra-se abolida nas interlinhas articulares metatarso-falangeanas e tibio-társica á direita, e sem modificações nas demais.

A *visceral* é de apreciação difficil no abdomen, em virtude das modificações da sensibilidade superficial, já referidas; é normal no pescoço.

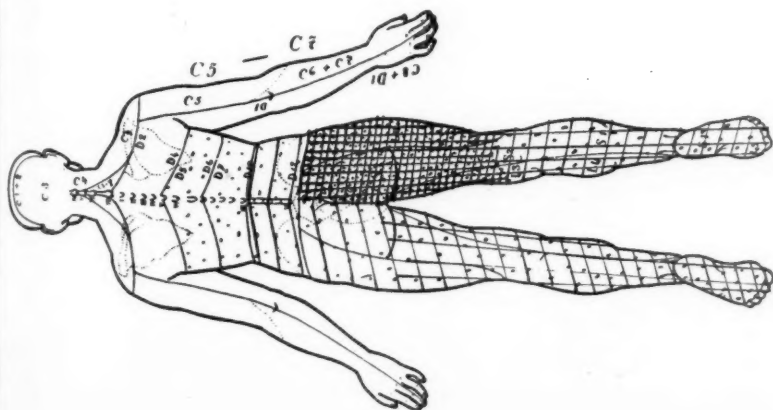
Disfunções estinctereanas discretas, não chegando a perturbar a vida normal da paciente.

*
* *

Admitido o provavel diagnóstico de compressão da cauda de cavalo, solicitou-se uma mielografia com lipiodol descendente, injetado na cisterna magna, o que foi feito em 3 de março, isto é, tres dias após o exame clinico. O relatório, fornecido pelo Prof. Paulo de Almeida Toledo, é o seguinte: "Parada do lipiodol em dois pontos: em sua maior porção ao nivel do corpo da 3.^a lombar, onde, em posição erecta, o contraste delimita nitidamente uma formação tumoral intra-canal, arredondada; em sua



- C. M. — 12/4/1938.
- Hipoestesia termica discreta.
 - Hipoestesia termica pronunciada.
 - Hipoestesia tactil.
 - Anestesia tactil.
 - Hipoestesia dolorosa.
 - Hipoestesia dolorosa pronunciada.
 - Abolição do senso segmentar.



porção restante, ao nível de D 7 e D 8, sob a forma de gotas esparsas, gotas de contraste no fundo de saco lombar. Não existem sinais radiológicos de lesão óssea da coluna. Diagnóstico: Tumor intra-raquiano, ao nível de L 3. Provável arachnoidite dorsal".

Ao exame do liquor, procedido pelo Dr. Oswaldo Lange, apenas se notou um discreto aumento da albumina, 0,20.

*
* *

Com o diagnóstico de tumor intraraquiano, na altura da 3.ª lombar, e aracnoide, a paciente foi entregue ao Dr. Carlos Gama, para a intervenção cirúrgica.

Em 26 de Março, procedeu-se a uma laminectomia económica.

Anestesia: infiltração pela novocaina a 0,50 % — 60 cc.

Processo operatório. — Incisão curvilínea, em ferradura, pela direita, partindo de L 2 e terminando em L 4, afastando-se 5 centímetros da linha espinhosa. Deslocamento da pele, formando um retalho de base mediana. Hemostasia. Fixação de compressas aos bordos da incisão, com sutura contínua de seda grossa. Secção da aponevrose dos dois lados das apófises espinhosas e desinserção dos músculos das goteiras vertebrais. Ruginamento. Elevação do coxim abdominal para corrigir a lordose fisiológica. Afastamento dos músculos. Hemostasia. Abrasão das apófises espinhosas de L2, L3, e L4, das respectivas lâminas, abrindo em toda a extensão o canal raquiano. Nas porções superior e inferior, o aspecto da dura-mater era normal e a sondagem extra-dural foi livre acima e abaixo, numa extensão de 10 centímetros; na porção média, pelo contrário, toda a face posterior da dura-mater era coberta por uma formação tumoral do tamanho duma avelã, de aspecto fibroso, separada da dura-mater por tênue camada gordurosa. Retirado o tumor e o tecido gorduroso, tornou-se normal o aspecto da dura-mater.

Mesmo tendo encontrado esse tumor, que iustificava a compressão da cauda de cavalo e a parada do lipiodol descendente, abriu-se a dura-mater, para inspecção intra-dural.

O aspecto da cauda de cavalo não apresentava alterações. Na altura do cone medular, existiam franjas de aracnoide espessa, esbranquiçada, leitosa, simulando quistos. Rompendo-as, saiu L. C. R. contendo gotículas gordurosas (lipiodol?).

Nada mais se tendo encontrado de patológico, apesar de cuidadosa verificação após afastamento lateral das raízes da cauda de cavalo, passou-se ao fechamento do saco dural, com seda fina, pontos muito próximos, sutura estanque. Entre a dura-mater e os músculos foi deixado um feixe de crina de Florença, para drenagem capilar. Abaixado o coxim abdominal, foram os músculos para-vertebrais aproximados por duas ordens de pontos separados, superficial e profunda, ambas de catgut. As aponevroses superficiais foram ajustadas por meio de sutura.

A intervenção foi finalizada nos moldes classicos.

O período posoperatório decorreu sem incidentes, tendo havido apenas discreta agravação temporária para o lado dos esfínteres, com retenção de urinas, que exigiu sondagens durante tres dias.

A paciente teve alta do hospital no 10.º dia, em excelentes condições.

Exame anatomo-patológico. — Relatório do Dr. James Brandi. "Os cortes histológicos, do material enviado, mostram espessas faixas de tecido fibroso, em grande parte hialinizado".

CONSIDERAÇÕES

O caso que apresentamos presta-se a algumas considerações.

Primeiramente, é interessante por se tratar de uma aracnoidite extensa, atingindo vários segmentos do canal raquiano, e de uma paquimeningite lombar, ocorrendo numa enferma na qual, a despeito do mais minucioso questionário, não se poudé evidenciar, como de regra, uma moléstia aguda febril, responsável pela afecção.

Atendendo á tendência de alguns autores para considerarem as aracnoidites e as paquimeningites como dependentes, bastas vezes, de uma tuberculose larvada, e não se ajustando ao caso outras probabilidades — cuidadoso exame clínico se fez nesse sentido, nada evidenciando. Não obstante, após a alta, procedeu-se á reação de Mantoux, cujo resultado foi positivo.

E' um fato digno de nota a incidência do processo de paquimeningite na região lombar, ao invés de se desenvolver na coluna cervical, como de costume.

O diagnóstico de compressão ao nível da cauda de cavalo, evidentemente, não poderia explicar, por inteiro, a sintomatologia apresentada pela enferma.

Os cuidadosos exames da sensibilidade (vejam-se os gráficos) faziam prever a existência de alterações da coluna dorsal média. Assim, a verificação radiológica da parada de algumas gotas de lipiodol, na altura de D 7 e D 8, nada mais foi do que uma confirmação das suspeitas clínicas.

A intensidade das perturbações sensitivas nesse nível da coluna dorsal, no entanto, não era de molde para orientar, em tal sentido, a intervenção cirúrgica. De fato, em contraste com a sintomatologia discreta dessas lesões, era relevante o quadro da compressão da cauda de cavalo. Tal o critério que determinou a orientação da terapêutica.

No caso, a indicação da laminectomia baseou-se no parecer dos mais modernos tratadistas.

Realmente (Barraquer, Gispert e Castañer — Tratado de Enfermedades Nerviosas, tomo I, pag. 771), a conduta aconselhavel é, de início, a laminectomia exploradora, para a excisão dos tumores, se possível, ou para a descompressão, na impossibilidade de exereses tumoral. Mais tarde será a vez da radio-terapia profunda, se indicada.

Na ocorrência em aprêço, a laminectomia, além de permitir a retirada do tumor e consequente descompressão da cauda de cavalo, também teve finalidade diagnóstica, pois confirmou a suspeita de aracnoidite concomitante.

Na situação atual da neuro-cirurgia, é justo inscrever a laminectomia entre as operações que merecem o epíteto de benignas. Embora seja uma grande intervenção, já se encontra siste-

matizada, é económica e rápida; e o traumatismo é pequeno. Pode ser indicada sem os receios de antigamente.

E' de vantagem que o operador, afim de intervir com pleno conhecimento de causa e deliberar acertadamente durante o ato cirúrgico, tenha ao seu lado o clínico, para novos esclarecimentos; assim, resultará o máximo proveito da intervenção. Caso contrário, tal não teria sucedido na ocorrência em aprêço, pois o encontro da paquimeningite explicaria plenamente o processo compressor. No entanto, a abertura do saco dural e a verificação das condições do seu conteúdo evidenciaram a concomitante aracnoidite lombar, naturalmente idêntica à da região dorsal. Dêste conhecimento decorreu a indicação ulterior da radio-terapia profunda, em diferentes pontos da coluna raquiana.

Na eventualidade de falhar a involução do processo em outros níveis do espinhaço, a despeito da terapêutica instituída, e se por acaso sobrevierem novas compressões, serão indicadas outras tantas laminectomias descompressivas.

Aliás, sucessivas laminectomias (1), no mesmo paciente, são perfeitamente praticáveis, como já assinalou um de nós.

Endereços:

Dr. Ed. Monteiro. — Av. Rodrigues Alves, 43
Dr. Carlos Gama. — Praça Ramos Azevedo, 16

SYNDROME DE COMPRESSION DE LA QUEUE DE CHEVAL LIBERATION CHIRURGICALE

Les auteurs publient un cas de paraplegie flasque avec evolution rapide, dans lequel on a diagnostiqué cliniquement compression de la queue de cheval, ayant la confirmation radiographique par la mielographie avec lipiodol, et traitement chirurgical réussi.

La malade présentait des perturbations discrètes de la sensibilité dès D6 et des perturbations graves au dessous de D12, outre les troubles moteurs dans les membres inférieurs, atrophies musculaires et des alterations des sphincters.

Dans l'operation qui consista d'une laminectomie economique, lombaire, on a verifié pachymeningite et arachnoidite, avec compression du cône et queue de cheval.

Les troubles discrets de la sensibilité dans la région dorsal, probablement on les rencontrent dans la dependance de semblable procédé, pas encore faisant compression de la moelle, mais déjà stenosing du canal, de manière a faire un arrêt transitoire du lipiodol em D6.

Dans les considerations les auteurs démontrent l'interêt qu'ils ont eut dans la verification chirurgicale, pour orienter alors les examens pour chercher la tuberculose comme la cause, et on a rencontré des reactions positives.

(1) Carlos Gama. — Laminectomias. Estudo Critico baseado na estatística de 33 casos. Belo Horizonte. Outubro de 1937.

Après un post-opératoire très bon la malade fut soumise à un traitement de Roentgentherapie et ensuite au traitement de la tuberculose et on verifica un grand soulagement.

L'observation montre la benignité de l'opération faite systematisé, rapide, économique, et l'excellence des resultats et encore a éclairci l'étiologie de l'affection dans ce cas.

La tuberculose doit être toujours remémorée comme la cause des pachymeningites et arachnoidites d'étiologie inconnue.

SYNDROME OF THE CAUDA EQUINA'S COMPRESSION CHIRURGICAL LIBERATION

The AA. publish a case of flacid paraplegy of rapid evolution, which clinical diagnosis was of compression of the cauda equina, with roentgenological confirmation by the myelography with Lipiodol, in which the surgical treatment was an exit.

The patient had discret sensibility alteration from D6 and serious perturbations below D12, beyond motor disturbances of legs. muscular atrophy and sphincter's alteration.

By the surgical intervention, an economic lombar laminectomy, was evidenced a pachymeningitis and arachnoiditis, with compression of the cone and cauda equina.

The discret sensibility perturbations of the dorsal region, are probably depending of the same process, without compression of the spinal cord, but with stenosis of the channel as can be proved by a transitory stop on the D6 of the Lipiodol.

Considering the case, the AA. evidence their interest in the surgical verification, asking for examination in search of tuberculosis, as the responsible for the disease, confirmed by positive reactions.

After a very good post surgical period, was the patient submitted to the deep Roentgen therapy followed by the tuberculosis treatment, with an excellent recuperation.

The observation evidences the benignity of the intervention, systematic, rapid and economical, and the excellent result with the discovering of the etiology of disease, in this case.

Tuberculosis must be always remembered as the agent of pachymeningitis and arachnoiditis with unknown etiology.

KRANKHEITSBILD DER KOMPRESSION DER CAUDA EQUINA CHIRURGISCHE HEILUNG

Die Autoren veröffentlichen einen Fall von schlaffer Lähmung, die sich rasch entwickelte; klinisch wurde Kompression der Cauda equina diagnostiziert; die Diagnose wurde durch Radiographie mittels Lipiodol-myelographie bestätigt; der chirurgische Eingriff führte zu einem vollen Erfolg.

Die Patientin zeigte vom D6 ab leichte Sensibilitätsstörungen schwere unterhalb des D12; ausserdem motorische Störungen der unteren Extremitäten, Muskelatrophie und Störungen der Sphinkteren.

Die Operation bestand in einer umschriebenen Laminectomia lumbalis; es bestand Pachymeningitis und Arachnoiditis mit Kompression des Conus und der Cauda equina.

Die zarten Sensibilitätsstörungen in der Rückengegend sind wahrscheinlich auf einen ähnlichen Prozess zurückzuführen, der die Medulla noch nicht comprimiert, aber den Kanal doch schon so sehr stark verengt, dass es in der Gegend des Dö zu einem vorübergehenden Stauung des Lipojodols kommt.

In der Epikrise heben die Autoren das besondere Interesse hervor, welches die chirurgische Klärung des Falles verdiente; der Verdacht auf Tuberkulose wurde hierdurch erweckt und die infolge dessen vorgenommenen Prüfungen haben ihn bestätigt.

Der postoperative Verlauf war gut; der Patient wurde mit Radiotientherapie behandelt; hernach wurde die Tuberkulose selbst behandelt; das Heilresultat war glänzend.

Die Beobachtung beweist, dass der systematisch, rasch und umschrieben vorgenommene Eingriff gut ertragen wurde, dass der Erfolg vorzüglich war ausserdem auf diese Art die Ursache des Leidens festgestellt wurde.

In allen Fällen von Pachymeningitie und Arachnoiditis unbekannter Ursache muss man an Tuberkulose denken.

Nas tosses, bronchites e resfriados

PULMATOL

CALCIO - CREOSOTO - BELLADONA

Efeito seguro e rapido

CHLORO-ANEMIA
 APROVAÇÃO da ACADEMIA de MEDICINA
 de PARIS
Exigir os Verdadeiros
Pilulas e Xarope
BLANCARD
Blancard de PARIS
 Assignatura o Etiqueta verde.
POBREZA do SANGUE - ESCROFULAS

A cirurgia gynecologica

Dr. Sylla O. Mattos

Chefe de clínica da Cadeira de Gynecologia da Escola Paulista de Medicina. (Serviço do Prof. J. Medina).

Para um estudo proveitoso da cirurgia gynecologica, encarada sob o ponto de vista geral, devemos eschematisar preliminarmente os seus pontos principaes.

No estudo da cirurgia gynecologica podemos, portanto, guiarmo-nos pelo seguinte quadro didatico:

- | | | |
|-----------------------|---|--|
| Cirurgia gynecologica | { | a) evolução atravez dos tempos |
| | | b) vias de acesso aos genitais |
| | | c) indicações da via alta. |
| | | d) indicações da via baixa |
| | | e) indicações formaes e facultativas |
| | | f) technicas mais usuas e mais proveitosas |
| | | g) pré-operatorio |
| | | h) post-operatorio |

Evolução atravez dos tempos.

A cirurgia gynecologica parece ter tido inicio com Schenk von Graefenberg em 1600, que praticava uma operação vaginal para curar ulcerações de caracter maligno. Não está bem esclarecido, se essa intervenção se limitava a uma simples amputação do collo, o que é possivel, uma vez que as pacientes operadas, voltavam a menstruar e engravidar. E' o que se deduz pelos dados historicos.

Passaram-se dois seculos sem outros indicios de que a cirurgia especializada fosse praticada.

Proximo ao anno de 1800 Marshall reiniciou as amputações do collo não só para cancer, como extendeu-as ao prolapso uterino. Em 1801 Osiander seguindo aquelles seus predecessores praticou tambem innumeradas amputações de collo.

(*) Da serie de aulas no Departamento de Technica Cirurgica e Ambulatorio da Escola Paulista de Medicina.

As suas doentes examinadas por Simpson 15 annos mais tarde, apresentaram-se perfeitamente curadas. Isto leva a crer que as lesões tidas como cancerosas e operadas por Osiander não deviam passar de simples cervicites com pseudo erosão ou ectropion. Mas como os resultados eram animadores, alguns cirurgiões encheram-se de coragem e resolveram intervir largamente sobre os genitais femininos, já então por via alta.

A primeira intervenção por via alta (ovariectomia) foi praticada em 1809 por Mac Dowel em uma senhora Crawford, cujo nome ficou ligado á historia da cirurgia gynecologica.

Em seguida á esta primeira ovariectomia abdominal, com resultados satisfactorios, o proprio Mac Dowel praticou outras laparotomias, com fins gynecologicos todas seguidas de morte.

A mortalidade que atingiu 100 % nessas operações era consequente ao não conhecimento da asepsia e antiseptia, descoberta muito mais tarde.

Os insucessos eram tão frequentes que Dieffembach costumava dizer "que toda mulher laparotomizada só podia escapar por milagre". Apesar disto a operação de Mac Dowel difundiu-se pela França, onde apesar da mortalidade era muito praticada. A cifra de mortes subiu a tal ponto, que a Academia de Medicina de Paris em julgamento sobre o assumpto taxou-a de "barbara e homicida". Foi como se vê pouco alentadora a experiencia inicial da cirurgia gynecologica por via alta, voltando os especialistas novamente para a via vaginal.

Assim em 1813 Langenbeck tentou a primeira operação sobre o utero por via vaginal, operação esta repetida em 1821 por Sauter.

Parece, entretanto, que para estas operações, maiores que a simples amputação do collo, a mortalidade tambem não era muito inferior que a da via abdominal.

Contribuiram para esta alta mortalidade tres factores principaes:

- a) falta de conhecimentos technicos e anatomicos.
- b) ignorancia completa das asepsia e antiseptia.
- c) má indicação clinica para as intervenções.

Por estes factos, novamente paralyzaram-se as tentativas de progresso na cirurgia gynecologica até 1845, anno em que Recamier descobriu a cureta.

Iniciou-se então uma nova phase cirurgica, se bem que limitada a esta pequena intervenção — a curetagem.

De tal modo se usou e abusou deste instrumento, que pela 2.^a vez se reuniu a Academia de Medicina de Paris para se pro-

nunciar a respeito. Foi então que Dubois censurou energicamente o proprio Recamier, acusando-o de curetar uteros sãos.

Nessa epoca já fôra a cureta levada para a Allemanha, onde Olshausen intelligentemente difundiu o seu uso, já então limitando a indicações mais preciosas.

Com o advento da curetagem tomou novo incremento a cirurgia gynecologica e em 1854 Atlee praticou por via vaginal uma ovariectomia corôada de pleno sucesso.

Em 1870 Gaillard Thomas ampliou as indicações e praticou muitas intervenções por via vaginal, indicando que a abertura da cavidade deveria ser pelo fundo de sacco posterior, (colpoceliotomia).

Em 1872, com a grande descoberta de Pasteur e Lister, tomou notavel incremento a pratica cirurgica, embora a mortalidade ainda permanecesse elevada.

Evoluiu rapidamente a cirurgia gynecologica e em 1870 Dührssen publicou monographia sobre a technica da cirurgia vaginal. De posse dos novos conhecimentos sobre a antisepsia voltaram novamente os especialistas para a via abdominal em gynecologia, e em 1879 vemos Freund praticando a 1.ª histerectomia por technica ainda muito usada. Nessa mesma occasião Czerny praticou a mesma intervenção de Freund, mas por via vaginal.

O cotejo dessas duas vias quanto a mortalidade era naquella occasião segundo Ahlfeld de:

Via abdominal 72 %.

Via vaginal 32 %.

Estas mesmas porcentagens eram encontradas nas estatisticas de Gousseron e Kleinwächter

Em 1881 pela drenagem idealizada por Bardenheuer a mortalidade destas duas vias cahiu respectivamente para:

Via abdominal 30 %.

Via vaginal 2 a 3 %.

Vê-se por esses dados que já naquelle tempo a via vaginal era quasi inocua.

A partir desta era já se pôde falar na cirurgia gynecologica moderna, cujo progresso seria difficil acompanhar "pari passú". Basta lembrar os grandes nomes da gynecologia como Franz, Stoekel, Döderlein, Krönig, Faure, Wertheim, Schauta, Halban, Ries, Clarck, Pankow, Liepmann, Martius e tantos outros para que se tenha uma idea do progresso cirurgico na especialidade.

Vias de acesso aos genitales femininos.

O problema da escolha da via de acesso aos genitales femininos encontrou, como acabamos de vêr, na evolução da cirurgia gynecologica as mais variadas opiniões.

Póde-se mesmo dizer que houve verdadeiras phases de predominio alternado, de uma ou outra via.

Como sempre cada uma dellas teve seus adeptos e adversarios fervorosos. De um lado vemos vaginalistas intransigentes, (Chueco) de outro, alguns como Latzko para quem a via vaginal constituia uma verdadeira affronta cirurgica, pois taxava-a de "via da sujeira".

Para quem encara o problema serenamente e sem prevenções parece que a escola exclusivista em qualquer dos sentidos é erronea. Ambas as vias têm suas indicações formaes, e todo especialista que não se pautar pela verdadeira indicação, comprometerá o exito cirurgico em prejuizo da paciente.

Na escolha da via de acesso aos genitales deverá o especialista attender a um sem numero de factores especiaes para cada caso.

Pesadas bem as indicações visando sempre a conservação maxima da anatomia, physiologia e biologia dos genitales, escolherá então o cirurgião a via para intervir.

De accordo com os conhecimentos modernos, affecções existem em gynecologia, para as quaes determinada via se impõe, para que o resultado seja seguro.

Ainda que a intervenção seja mais facil por uma determinada via, não tem direito o medico de pratical-a, se ella não offerece garantia.

Para comprovar esta affirmação basta um unico exemplo: os prolapsos uterinos.

Estas gynecopathias que ainda vemos commumente operadas por cirurgiões não especializados, por via alta, é uma das affecções que pela sua etiopathogenia exige de modo indiscutivel a intervenção por via vaginal.

Para não sermos exclusivistas devemos dizer que em outras affecções que alguns especialistas por motivos estheticos praticam por via vaginal não encontram, como veremos adeante, indicação perfeita.

No estudo portanto das vias de acesso aos genitales poderíamos dividir as affecções em:

- a) affecções exigindo intervenção por via abdominal.
- b) affecções exigindo intervenção por via vaginal.
- c) affecções praticaveis indifferentemente por qualquer das duas.

Via abdominal.

Não é possível ennumerar todas as indicações gynecologicas que exigem a via abdominal, pois as vezes uma unica afecção gynecologica, dadas as condições especiaes do caso poderá exigir uma ou outra via.

Exemplificando podemos citar o caso da metropathia hemorrhagica, em duas pacientes de idades differentes.

Se a mulher é moça ainda que os organs genitales o permitam, não fará o especialista a operação por via vaginal, que seria então pela hysterectomy total simples. Havendo indicação imperiosa de manter a capacidade funcional, fará por via abdominal, e praticará a operação de Beuthner (defundatio uteri) e a operação de Thaller (ovariectomy bilateral parcial). Se a paciente for idosa, já no climaterio, ou então proximo delles a via vaginal deve ser preferida.

Fôra destes casos a via abdominal em gynecologia é escolhida:

- 1.º) Tumores volumosos intraperitoneaes.
- 2.º) Processos gynecologicos com adherencias.
- 3.º) Processos gynecologicos de diagnostico duvidoso.
- 4.º) Processos gynecologicos exigindo asepsia absoluta — Derrames sanguineos cavitarios de todos os organs.
- 5.º) Processos neoplasticos com adherencias.
- 6.º) Processos gynecologicos associados a processos extra genitales (appendicite, hernias, eventrações, etc.).
- 7.º) Difficuldades technicas para a via baixa.
- 8.º) Operações conservadoras (esterelisação e pexia).

Escolhida a via abdominal por estas indicações formaes terá ainda o especialista que attender ao lado esthetico da operação pois o elemento feminino não perdôa um deslize neste sentido. E' portanto, questão capital procurar o gynecologista fazer suas operações abdominaes, sempre com incisão esthetica sob todos os aspectos. Não deverá porém o cirurgião especializado levar este preceito a ponto de comprometter o acto cirurgico escolhendo uma incisão só pelo lado esthetico. Afastada porém a hypothese de se diffcultar o acto cirurgico para a intervenção, por via abdominal, deverá ser escolhida a incisão transverse de Pfannenstiel, que no dizer do prof. Moraes Barros attende a principios estaticos, estheticos, anatomicos, physiologicos e vitaes.

Esta incisão transversa pôde soffrer pequenas variações segundo o typo constitucional feminino.

Assim em *typos* intersexuaes com abundantes pellos pubianos, onde ha possibilidade de se esconder completamente a incisão ella deverá ser bem baixa.

Em *typos* como o *picnico* ou qualquer outro com obesidade pronunciada e com pellos pouco abundantes, melhor se disfarçará a cicatriz praticando a incisão mais alta, acompanhando a dobra cutânea, que é bem accentuada em pacientes gordas.

Para os casos de tumores grandes ou de operações difficeis como o Wertheim, ou ainda em pacientes exageradamente obesas, as incisões mediana e para mediana classicas (Lennander, Franz, etc.), são formalmente indicadas.

Não deve porém o especialista a não ser em casos especia-
lissimos ultrapassar a cicatriz umbelical, já pela questão esthetica como pela segurança posterior da parede.

A chamada incisão bi-illiaca de Bardenheuer não parece ter a indicação que alguns autores quizeram dar. Para as grandes operações ella não dará campo tão amplo como a incisão mediana, pois não se consegue afastar os musculos tão bem como naquella. Esta incisão tem indicação em pacientes com *gynecopathias* exigindo intervenção por via alta e *hernias inguinaes*. Assim com uma unica incisão poderá o especialista attender a todas as *affecções*.

Em todas estas incisões é preciso o especialista proceder a um fechamento rigoroso de todos os planos separadamente. A segurança da parede no sexo feminino é indispensavel, pois phenomenos *physiologicos* como a gravidez, por si só, já predispoem a diastases, eventrações, etc.

Via vaginal.

Contrariamente ao que affirmou Latzko, a via vaginal deve ser escolhida sempre que possivel, pelo especialista. Muito mais benigna, em todos os sentidos, offerece porem difficuldades technicas que a torna accessivel exclusivamente ao medico especialisado.

Ha hoje *affecções gynecologicas* para as quaes a via vaginal é de indicação formal.

Assim nos casos:

- 1.º) *Prolapsos uterinos*.
- 2.º) Na maioria das *fistulas genitales*.
- 3.º) Nas *collecções purulentas, annexias e parametriaes*, etc.
- 4.º) Nos *hematocelos supurados*.

Ha ainda para a via vaginal um grande numero de indicações dependentes da *affecção*, da idade da paciente, condições dos *genitales*.

Assim para o cancer hoje tem-se universalizado a via vaginal. De facto a operação de Schauta é de mortalidade nulla em relação aquella de Wertheim.

Nos casos porem em que a mobilidade do utero não é perfeita ou em pacientes já operadas em que ha possibilidade de adherencias convem optar o especialista pela via alta.

O prof. Werneck dizia que preferia a via, alta, pois nos casos em que o cancer se apresentava já inestirpavel, contrariamente ao que parecia pelo exame gynecologico, poderia o especialista executar a retirada estrategica. Na via vaginal uma vez iniciado o acto operatorio já não se o poderá sustar, quando muito, poder-se-á completal-o por via abdominal.

Vê-se pois em linhas geræes que ao lado das indicações formaes para cada via, ha indicações indifferentemente para esta ou aquella, dependendo das condições de cada caso e da maior ou menor habilidade do cirurgião.

Conclue-se ainda destes dados ser necessario a divulgação entre todos os cirurgiões das indicações formaes da via baixa de certas gynecopathias que não serão curaveis pela via alta.

Evitar-se-iam assim insucessos decorrentes da pratica erronea de operar tudo, ainda que sem a menor garantia de resultados para as pacientes.

Technicas gynecologicas mais usuaes.

Não é possivel a ninguem, dado o extraordinario progresso a que attingiu a cirurgia gynecologica, descrever todos os processos hoje conhecidos.

Vamos, portanto, ennumerar e fazer muito ligeiras considerações sobre algumas dellas nas suas principaes indicações.

Comecemos pela vulva. Podemos desde logo eschematisar as intervenções chirurgicas da vulva em:

Cirurgia da vulva	{	oclusora
		ampliadora
		de exerese
		reparadora
Cirurgia oclusora	{	infibulação
		episiorrhaphia
		nymphorrhaphia.

A chamada infibulação consiste na sutura dos grandes labios por dois ou tres pontos. Esta operação era praticada entre alguns povos com o fim de manter a castidade. A sutura só era desfeita no dia do casamento.

A *nymphoraphia* consiste na sutura dos pequenos labios.

A *episiorrhaphia* consiste na retirada dos pequenos labios e sutura dos grandes, ao nível da superfície cruenta, donde foram retirados os pequenos labios. Todos estes processos que nada mais são do que uma *vulvocleisis* eram também empregados para casos de fistulas incuráveis.

Operações ampliadoras } para aglutinações
estreitamento
com o fim unico de ampliar (parto).

Em casos de aglutinações dos pequenos labios pratica-se a incisão ampliadora. Estas aglutinações podem ser congenitas ou adquiridas. Não é raro verificarem-se aglutinações dos labios, parciaes ou totaes após traumatismos accidentaes ou do parto. E' para esta coalescencia que se indica a intervenção ampliadora. Outras intervenções se indicam ainda para ampliar o introito vulgar estreitado. Geralmente estas se limitam a simples dilatações, sendo porem necessario as vezes seccionar tecidos cicatriciaes.

Não só em casos de estreitamento congenito como para o parto e para facilitar certas technicas por via vaginal necessita o especialista de praticar incisões ampliadoras na vulva.

Dentre as principaes incisões com estes fins destacaremos:

- 1.º) Episiotomia de Dührssen.
- 2.º) Perineotomia de Küstner.
- 3.º) Episiotomia e incisão para vaginal de Schauta-Schuchardt.
- 4.º) Incisão para-vulvar.

A episiotomia de Dührssen é uma incisão na região postero lateral da vulva, seccionando o grande labio, tecido sub cutaneo e raramente attingindo fibras do musculo bulbo cavernoso.

A indicação formal é geralmente durante o parto para evitar rupturas do perineo ou o que é mais grave lesões no aparelho de sustentação.

Nos casos de vaginismo a incisão é muito pequena e pode ser bilateral. Muitos vezes se limita a secção do hymen e mucosa vulvar.

A perineotomia de Küstner impropriamente chamada por alguns de episiotomia mediana é tida como mais anatomica por não seccionar senão o nódulo fibroso do perineo. Tem entretanto inconvenientes, pois sendo mediana, pode favorecer uma ruptura que poderá attingir o recto. Alem disso tem o inconveniente de cicatrizar com mais difficuldade por estar exposta aos lochios que correm incessantemente.

A chamada incisão para vaginal que é uma episiotomia mais uma incisão para vaginal é usada geralmente para facilitar operações de fistulas, histerectomias vaginaes simples ou a operação de Schauta.

A mesma indicação pode ter a incisão para vulvar.

Operações de exereses.

Deixando de lado a exereses imposta por formações tumorais circumscriptas devemos considerar principalmente as operações sobre o clitoris, glandula de Bartholin, e finalmente as mais amplas que são as vulvectomias.

Alguns autores preconisaram a amputação do clitoris nos casos de hypertrophia exagerada. Brown e Baker julgando ser a hysteria e epilepsia consequente a perturbações sexuaes preconisaram tambem a ablação do clitoris nestes casos.

Alem destas operações, para a frigidez sexual ha o abaixamento do clitoris operação idealizada por Narjani e divulgada por Halban. Julgavam estes autores que naquelles casos em que o clitoris dista muito do meato urinario ha sempre frieza sexual. Faziam portanto uma incisão em V invertido, na base do clitoris, attingindo o seu ligamento suspensor. Após a sutura clitoris abaixava bastante e deste modo haveria melhor adaptação no dorso do penis por occasião do coito. Já tivemos occasião de combater esta indicação que nos parece não ser justificada.

Outra operação de exereses é aquella praticada para a extirpação da glandula de Bartholin. Quando ha formações cysticas é necessario extirpal-a.

A technica é simples. Incisão longitudinal na linha limite entre a pelle e a mucosa, fazendo-se o descolamento e extirpação do tumor cystico. Deve-se attender que é intervenção delicada e extremamente sangrante, dadas as relações da glandula com o bulbo vulvar. Ha uma technica proposta por Fox e Ibarbia que recommenda fazer uma incisão elliptica apanhando só a pelle. Esta ellipse de pelle que fica sobre o tumor favorece a "prise" durante o acto cirurgico. Não ha necessidade então de pinçar sobre o proprio cysto e isto favorece não rompê-lo. Em qualquer das technicas a hemostasia cuidadosa se impõe.

Nos casos de vaginismo e de prurido vulvar foi proposta a resecção do nervo podendo (operação de Tavel Rochet). Finalmente nas operações de exereses temos as vulvectomias:

Vulvectomias	{	parciaes
		totaes
		ampliadas

As vulvectomias parciais e totais não oferecem dificuldade e podem ser praticadas pelas técnicas adoptadas por Taussig, Petit Dutailis, Kelly, etc.

Constam geralmente de duas incisões concentricas a primeira passando sobre o meato urinario e dahi descendo e circumdando todo o cylindro mucoso vaginal; a segunda desce desde a região pubiana pelos sulcos genito-cruraes até o perineo que é respeitado nas vulvectomias parciais. A maior ou menor extirpação do tecido para-vulvar depende da extensão do processo.

Após a retirada dos tecidos e hemostasia perfeita, são dados pontos de crina restabelecendo a entrada vaginal.

A vulvectomia ampliada consta da vulvectomia total mais a retirada dos ganglios da região inguinal, iliacos e hypogastricos. A technica usada é a de Bonnet, Stoekel e Kehrer.

Esta toilette dos ganglios tambem já vae hoje sendo abandonada, praticando-se em todos os casos apenas a vulvectomia total simples.

Operações reparadoras.

Neste grupo as mais importantes são as colpoperineorraphias. A technica varia segundo se trata de uma ruptura completa ou incompleta do perineo.

Nas rupturas incompletas os processos mais praticos são os de Hegar, Fraenkel e para as completas o de Lawson Tait e Watkins.

Operações sobre a vagina. — Na vagina as operações de pratica habitual em gynecologia dizem respeito ás colpotomias e colporrhaphias. As colpotomias (posterior e anterior) são amplamente praticadas pela frequencia em que occorrem as collecções purulentas em Douglas.

Alguns autores como Recasens dão preferencia á colpo-celiotomia anterior, sendo porem mais pratica e mais facil a colpo-celiotomia posterior.

As colporrhaphias se indicam nos casos de descensus vaginae e colporectocele.

As colporrhaphias posteriores acompanham quasi systematicamente as perineorraphias. Nos casos de descensus vaginae com colporectocele pratica-se a colporrhaphia anterior.

- 1.º) Pelo processo eliptico proposto por Hegar (modificação deixando faixa no meio é processo de Fehling).
- 2.º) Pelo processo triangular pre-cervical de Doleris.
- 3.º) Pelo processo de Boston Cook Hiss.
- 4.º) Desdobramento anterior e sutura dos elevadores pelo processo de Delanglade-Graves-Chaput.

Estas são as operações plasticas tendendo a diminuir o calibre vaginal e recolocar em suas posições orgãos visinhos (bexiga, recto). Ha para o caso de hernia em Douglas a operação de WARD.

Para os casos de grandes fistulas e prolapsos recidivantes pode ser praticada a colpocleisis, que é o fechamento total da vagina.

- 1.º) Pelo processo de suturas concentricas de Freund.
- 2.º) Pelo processo antero-posterior de Neugebauer Le Fort.
- 3.º) Pelo processo de sutura transversal de Duborg.
- 4.º) Pelo processo de Hartmann (modificação do processo de Neugebauer).

Ha tambem uma operação de tabicamento desigual da vagina proposto por Hendley e Polano. A vagina ficaria dividida em duas partes desiguaes, uma para a copula e outra para esvaziamento do sangue menstrual.

Nos casos de cancer da vagina no seu terço inferior praticase a colpectomia. Müller praticava a colpectomia tambem em prolapsos. Fritsch e Martin ampliavam a operação de Müller praticando a colpectomia mais histerectomia vaginal.

Nos casos de fistulas vesico-vaginaes os processos cirurgicos são:

- 1.º) Avivamento de Marion Sims.
- 2.º) Desdobramento de Duboue (Fergusson-Braquehay-Füth).

Outros methodos:

- 1.º) Simon (retirada do tracto fistuloso).
- 2.º) Cervico-plastica de Saenger.
- 3.º) Metroplastica de Küstner.
- 4.º) Implantação fundica de Schikele.
- 5.º) Implantação da portio Mac Lean-Courty.
- 6.º) Interposição de Freund-Schauta-Watkins Wertheim.
- 7.º) Interposição da parede vesical de Fraenkel.

Acrescentam-se a estes os processos plasticos para incontinencia:

- 1.º) Processo de Gebell, Frangenhain, Stoekel (a custa do pyramidal).
- 2.º) Processo de Martius a custa do bulbo cavernoso.

Para sutura e implantação dos ureteres temos:

Na bexiga:

- 1.º) Processo de Accona.
- 2.º) Processo de Pozzi.

No recto:

Coffey Mayo typó I - II - III

Fistulas estercoraes vaginaes. Os auctores nestes casos dividem as intervenções para as fistulas, em altas e baixas.

Para as primeiras preconizam-se de preferencia:

- 1.º) Processo de avivamento simples, triangular de Schauta.
- 2.º) Processo de avivamento circular de Simon.

processos do desdobramento:

- 1.º) Com retalho superior de Le Dentu.
- 2.º) Com retalho inferior de Fritsch.

Outros processos para fistulas altas:

- 1.º) Inversão do tracto fistuloso, simplesmente (technica de David).
- 2.º) Sutura e inversão do tracto fistuloso (processo de Crossen).

Quando a fistula é baixa ou melhor proxima ao perineo são indicados:

- 1.º) Transformar em ruptura completa do perineo e como ella operar.
- 2.º) ressecção do recto e abaixamento — processo de Segond.
- 3.º) abaixamento do cylindro mucoso rectal pelo processo de Gerard Marchand.

Por via vagino-perineal.

Processo de Legueu — desdobramento do perineo e da parede vaginal até attingir a fistula — sutura da fistula e colpo-perineorhaphia.

Ainda de importancia na cirurgia da vagina ha a lembrar as intervenções para a ausencia da vagina.

Processos a custa de segmentos intestinaes:

- 1.º) Processo de Schubert — vagina feita a custa de um segmento do recto dissecado em região supra esphincteriana.
- 2.º) Processo de Seneguireff. O recto é amputado conjunctamente com o esphincter.
- 3.º) Processo de Baldwin — á custa de um segmento do intestino delgado. Modificação de Constantini (não secciona o mesenterio). Modificação de Mori (abaixa só uma das extremidades da alça isolada).
- 4.º) Processo de Faermann — feito a custa de um segmento do collo sigmoide.

Operações a custa de tecidos cutaneos visinhos:

- 1.º) Processo de Frank-Geist-Grad, a custa de rectangulo cutaneo da face interna da coxa.
- 2.º) Processo de Anderson — incisão em H de tecidos da região vulvar. O processo de Heupnner — semelhante ao de Anderson mas com mais dois retalhos da região genito crural.
- 3.º) Processo de Isaac — incisão circular e escavação cylindrica que é tapetada com enxertos de Tiersch.
- 4.º) Processo de Graves-Daves-Pallazzo — incisão em forma de escudo na região vulvar. Os retalhos se fazem a custa dos tecidos desta região apenas.
- 5.º) Processo de Lucas-Machado feito a custa do peritoneo retrovesical.

Operações sobre o collo uterino.

- 1.º) Ampliação do orificio externo do canal cervical . Usa-se o processo de Pozzi (estomatoplastia).
- 2.º) Reparação das rupturas do collo. E' empregado o processo de Emmet (trachelorrhaphia).

Para as amputações do collo empregam-se commumente:

- 1.º) processo de Simon-Hegar. Secção e sutura dos dois labios anterior e posterior.
- 2.º) processo de Schroeder. Secção e sutura como em operação de phymose.
- 3.º) Processo de Sturmdorff. Retirada de um cone mucoso e tapetamento do canal com mucosa ectocervical.

Antes de passarmos para a via alta devemos citar as histerectomias por via vaginal.

- 1.º) Histerectomia total ampliada typó Schauta. Empregada para o cancer. Nesta alem dos annexos são retirados amplamente os parametrios e grande parte da parede vaginal. Exige esta operação como tempo de maior importancia a perfeita dissecação dos ureteres.
- 2.º) Histerectomia vaginal total typó Doyen.
- 3.º) Histerectomia total vaginal Müller Quenu.
- 4.º) Hysterectomia total vaginal typó Peham, Second, pelo morcellement, etc.

Operações conservadoras por via vaginal e mesmo histerectomia sub total typó Read não são hoje praticadas.

Para os casos de prolapsos a via vaginal é absolutamente indicada.

Segundo o conceito moderno do mechanismo de formação do prolapso é preciso lançar mão de technicas que visem principalmente as formações responsaveis pela manutenção do utero

em posição. Por esse motivo parece que os diferentes graus de prolapso podem requerer technicas tambem diferentes. Não é talvez melhor criterio abraçar escolas exclusivistas. Já em outra-ocasião dividimos as indicações operatorias para a cura dos prolapsos segundo os 3 graus que elles podem apresentar:

- 1.º) Simples descensus uteri com elongatio colli e ligeiro colpocystocele ou rectocele.
- 2.º) prolapso parcial uterino com elongatio colli e colpocystorectocele não muito accentuados.
- 3.º) Prolapsos totaes do utero com grande colpocystorectocele, verdadeiras hernias vesicaes e rectaes.

A' estas condições ainda se ajuntariam condições especiaes de cada paciente, typo constitucional, estado de nutrição, idade, numero de filhos, condições estas que permitem ou não a esterelisação.

Respeitadas estas condições geraes e mais algumas de momento estariam indicadas as seguintes technicas:

Para as pacientes do 1.º grupo preferentemente o processo americano de Donald-Fothergill-Schaw.

Para as do 2.º grupo, o processo de Halban com ou sem esterelisação.

No 3.º grupo estariam incluídas as pacientes nas quaes a indicação quasi formal reside na operação de Schauta-Watkins-Wertheim se necessario com as modificações de Kielland, Bloodgood.

Em todas estas operações se houver indicação será praticada a amputação do collo.

Indispensavel em qualquer dos processos é a colpoperineorhaphia como ha muito tempo preconisaram Noble e Ziegenspeck.

Ainda por via vaginal para os casos de inversão chronica do utero se escolhe preferencialmente a technica operatoria de Küstner-Piccolli-Duret.

Spinelli faz a mesma operação de Küstner praticando porem a colpoceliotomia anterior.

Operações gynecologicas por via alta.

Respeitadas as indicações que preliminarmente estabelecemos para a escolha desta via recordemos as principaes intervenções praticadas no dominio da gynecologia.

Comecemos pelos ovarios.

Nos casos de tumorações dos ovarios a extirpação total do organ se impõe. Deve-se porem anotar que a extirpação de am-

bos os ovarios só em condições especialicissimas é praticada. Em casos de cystos ou de outras affecções cabe ao especialista preservar sempre alguma parte do nobre tecido ovariano.

E' a ovariectomia total operação relativamente simples a não ser nos casos em que os tumores se desenvolvem interligamentarmente.

Geralmente, salvo estes ultimos casos a intervenção se resume na ligadura do pediculo e secção.

Quando ha contraindicações para a extirpação total da glandula dever-se-á praticar a ovariectomia parcial typó Thaller (incisão, retirada em cunha, e sutura).

Alem destas operações existem outras abandonadas, taes sejam as inclusão do ovario em casa feita no ligamento largo ou em cavidade neo formada no fundo de sacco vaginal anterior, ou ainda exteriorisação no canal inguinal segundo os methodos de Pana e Bucura, Van der Welde, etc. Contrariamente para combater a esterelidade foi proposta por Serdukoff a implantação do ovario na cavidade uterina.

Eram aquelles methodos indicados para a esterelisação temporaria.

Operações sobre as trompas.

As mais praticadas hoje se bem com indicações pouco precisas são as salpingectomias totaes que podem ser feitas pelo processo de Fritsch-Cullen-Fraenkel.

A salpingectomia parcial é representada pela technica de Halban.

Com fins de esterelisação encontra-se em gynecologia uma infinidade de processos visando a trompa seja por meio de ligadura, secção, resecção parcial ou total. Neste particular as technicas mais usuaes são:

- 1.º) Resecção da porção intersticial da trompa — Processo de Neumann Rose.
- 2.º) Ligadura em alça e com seda — Processo de Madlener Gianella.
- 3.º) Hanz faz dupla ligadura e as reune produzindo tambem formação de alças.

Outros processos menos usados:

- 1.º) Technica de Mermann.
- 2.º) " " Rabinowitsch.
- 3.º) " " Feroni.
- 4.º) " " Veitmann.
- 5.º) " " Fritsch ligadura dupla e resecção de um coto entre ligaduras.
- 6.º) " " Beuthner.

- | | | | |
|-------|---|---|------------|
| 7.º) | " | " | Düitzmann. |
| 8.º) | " | " | Von Asch. |
| 9.º) | " | " | Labhardt. |
| 10.º) | " | " | Kehrer. |
| 11.º) | " | " | Flatau. |

Todos estes processos têm falhado sendo que apenas a histerectomia fundica de Beuthner offerece 100 % de garantia.

Dentre estes citados porem o melhor é o segundo a technica de Neumann Rose.

Estes são processos visando esterelisação definitiva. Ha porem aquelles de esterelisação temporaria pela inclusão das trompas seja em casa aberta no ligamento largo, ou pela sua exteriorisação atravez do canal inguinal.

Bem se comprehende as contra indicações destas inclusões tanto dos ovarios como das trompas.

Convem porem citar as inclusões tubarias:

- 1.º) Inclusão em abertura feita no ligamento largo — processo de Selheim.
- 2.º) Exteriorisação do pavilhão da trompa atravez do canal inguinal. (Blumberg).

Em opposição ás operações esterelisoras ha aquellas propostas para a cura da esterelidade que podem consistir em:

- 1.º) Salpingostomia lateral de Fritsch.
- 2.º) Salpingostomia terminal de Martin.
- 3.º) Salpingoovariosyndese de Clado.
- 4.º) Salpingoovariofixação de Pozzi.

Alem das salpingolysis, salpingostomias, ha salpingoplastias, ovarioplastias taes como:

Reimplantação da trompa no utero:

- 1.º) Pelo processo de Watkins.
- 2.º) Pelo processo de Serdukoff. (ovario).
- 3.º) Mixtas.

Operações sobre o utero.

Das operações visando o utero, deve-se em primeiro logar citar pela sua grande frequencia as chamadas pexias que podem ser divididas em:

- 1.º) Histeropexias.
- 2.º) Ligamento-pexias.
- 3.º) Mixtas ou histeroligamentopexias.

As histeropexias estão hoje quasi totalmente abandonadas e eram praticadas, pelas technicas:

- 1.º) Delbet Caraven.
- 2.º) Leopold Czerny.
- 3.º) Cervico fixação de Bumm.
- 4.º) Terrier.

Das histeropexias hoje pratica-se a chamada histeropexia pelvica pelo processo de Pestalozza, tambem chamado de Schauta-Chrobach.

Das ligamentopexias ou histeropexias indirectas citam-se como principaes:

- 1.º) Alexandre Adams.
- 2.º) Doleris, Crossen, Adeodato, Caballero, Gillian, Simpson, Olshausen.
- 3.º) Dartigues-Baldy-Webster e Dartigues-Frank.
- 4.º) Pankow.
- 5.º) Alfieri e Sobre Casas e Carransas.
- 6.º) Menge e Menge-Dudley.
- 7.º) Willie Ruggi.
- 8.º) Coffey.
- 9.º) Curtiss.
- 10.º) Frommel, Bowee, etc.

Para a pratica usual os melhores são Dartigues-Frank, Pankow, Alexander-Adams e Curtis.

Como typo de pexia mixta ou histeroligamentopexia temos operação de Senechal.

Resecções parciaes, sub totaes e totaes do utero.

Tomando como ponto de reparo os myomas e o cancer que mais commumente exigem estas intervenções podemos dividir na ordem progressiva:

- 1.º) Polypectomia.
- 2.º) Myomectomy.
- 3.º) Hysterectomy fundica.
- 4.º) Hysterectomy sub total-alta.
- 5.º) Hysterectomy sub total.
- 6.º) Hysterectomy total.
- 7.º) Hysterectomy total ampliada.

A polypectomia nada mais é do que a secção de pediculo e sutura.

A myomectomia praticada em myomas intra-muraes preconizada por Martin e Tuffier consta da incisão em cunha, retirado do tumor e sua capsula e consequente sutura da loja.

A histerectomia fundica ou "defundatio uteri" operação denominada de Beuttner pode ser ou não acompanhada de salpingectomia bilateral ou annexectomia unilateral e salpingectomia do outro lado.

A histerectomia sub total alta é a extirpação do corpo do utero conservando porem uma pequena parte para preservar a função menstrual.

Este processo tem sido praticado por muitos autores como Dorn, Blair Bell, Cubberson, Novak, Spinelli e entre nós (por processo proprio) Luciano Gualberto.

Na impossibilidade de conservar a função menstrual pratica-se a histerectomia sub total mas com conservação dos ovarios.

As histerectomias sub totaes de um modo geral podem ser eschematisadas:

- 1.º) Processo de descolamento anterior e posterior.
- 2.º) Incisão transversa continua de Kelly.
- 3.º) Extirpação primaria total do utero segundo Terrier.
- 4.º) Hemiseccão segundo Faure.

A hysterectomia total será praticada principalmente pelos methodos seguintes:

- 1.º) Doyen.
- 2.º) Kelly Segond.
- 3.º) Hemiseccão.
- 4.º) Freund.

Labey pratica ainda em dois tempos o que constitue a chamada histerectomia sub total totalisada.

A histerectomia total para cancer foi praticada pela 1.a vez por Freund e depois a histerectomia total, ampliada por Riess, Clarck, Rumpf, Werder-Wertheim foi quem systematisou a operação.

Ha modificações taes como a ligadura da hypogastrica e o descolamento vaginal previo.

Ainda por via abdominal são operações hoje correntes a resecção do nervo presacro. — Operação de Cotte e resecção do plexo ovariano. — Operação de Castano, indicadas principalmente nas pelviagias e varicocele pelvico.

Deixamos o pre e post operatorio em gynecologia por ter sido assumpto já explanado em outra occasião.

Vacinação profilática e soroterapia das febres tifoide e paratifoide

Dr. J. F. Madureira Pará

Assistente do Instituto Butantan.

O presente trabalho se destina a vulgarizar, entre nós, os atuais conhecimentos sobre a imunização nas febres tifoide e paratifoide. Daí, o criterio adotado, de darmos, no desenvolvimento do assunto, certos esclarecimentos que julgamos convenientes para a perfeita compreensão de varios conceitos imunologicos.

Dos estudos sobre *variação bacteriana*, singularmente iniciados sobre o grupo de germes enterotropicos com os trabalhos fundamentais de Smith e Reagh (1903), de Weil e Felix (1917), de Arkwright e col. (1921-1927), de Andrewes (1922-1925), de Schutze (1922) e de Bruce White (1926), surgiu o problema, de maior importancia pratica, do valor imunitario dos diversos componentes antigenicos de um germe.

Como organismos vivos, os bacterias possuem organização já bastante complicada. Esta complicação estrutural corresponde, na celula bacteriana, à existencia de varias combinações entre estes e corpos inorganicos. Estas combinações podem ser mais ou menos intimas, mais ou menos estaveis. As combinações estaveis ou permanentes, tambem chamadas complexos, grandemente variaveis em qualidade, dão fisionomia peculiar a cada especie de bacteria, pois de sua presença depende a atividade biologica de um microorganismo. Esta atividade se manifesta por processos culturais, fisico-quimicos e imunologicos. Os processos imunologicos, auxiliar precioso na caraterização de uma bacteria, se estabelecem entre o germe e o organismo superior invadido. A forma das relações entre ambos depende, sobretudo, da natureza de cada um. O comportamento da bacteria está na dependencia

dos seus complexos estruturais. Estes se mostram ativos imunologicamente, isto é, se comportam como antígenos *in vivo*, originando, contra si, elementos de defesa por parte do organismo invadido. Estes elementos de defesa ou anticorpos atuam de diversos modos, o que permitiu o reconhecimento da pluralidade de antígenos numa mesma bactéria. Convém acentuar que, num sentido mais geral, *antígeno completo* é qualquer substância, cuja natureza pouco importa, que possua peso molecular suficientemente elevado para originar anticorpos próprios. *Hapteno* ou antígeno residual, também chamado parcial, é, sempre, uma fração ativa de um antígeno completo, não originando anticorpos por si mesma, mas capaz de com eles reagir *in vitro*, estando, por vezes, a ela ligada a especificidade antígenica.

Em particular, no grupo *Salmonella*, o papel de cada antígeno na virulência ou toxicidade de uma espécie ou tipo, tem sofrido e continua a ter análise cuidadosa. Smith e Reagh, trabalhando com a *S. suipestifer*, distinguiram, pela primeira vez, as duas modalidades de aglutinação, *granular* e *flocular*, que foram ligadas, respectivamente, por Weil e Felix, em estudo posterior sobre os *Proteus X*, à presença de dois antígenos distintos: *O*, somático e termo-estável, antígeno do corpo bacteriano; *H*, flagelar, termo-lábil, existente, sobretudo, nas formas móveis e, portanto, no aparelho ciliar, muito embora também se encontre em variantes imóveis, como ainda em bactérias sempre sem flagelo, como é o caso das espécies de *Shigella*, *Pasteurella*, *Diplococcus* e *Klebsiella*.

Em representantes do grupo coli-tífico-disentérico, Arkwright demonstrou a existência de duas formas de colônia bem distintas: *S*, colônia lisa; *R*, colônia rugosa. A primeira, que considerou normal, estaria ligada a agressividade da bactéria e, por consequência, a sua capacidade imunizante.

Vários pesquisadores tentaram identificar a forma lisa de Arkwright com a forma *O* de Weil e Felix e outros, estes em maior número, com a forma *H*, considerada, por ambos, como a forma "normal". Mas um estudo mais demorado pode demonstrar a diferença entre essas formas de variação obtidas por Arkwright e por Weil e Felix, ficando, então, como certo que o antígeno *H* pode existir tanto na forma *S* como na *R*, estando a variação *S-R* condicionada por uma modificação profunda no antígeno *O*. Por perda de sua fração carboidrática ou plicídica específica, este antígeno passa a constituir o antígeno *R*, também *O* ou *cosmopolita* por Schutze, isto porque esta variação somática implica numa simplificação estrutural que, num mesmo gênero, torna idênticas espécies diferentes, condicionando, ainda, o apare-

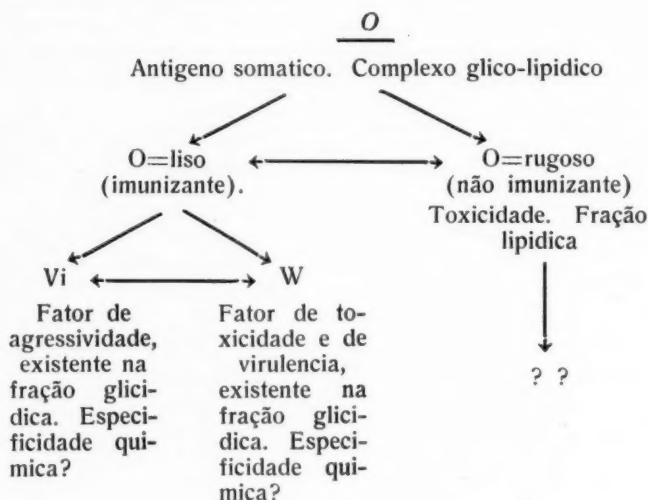
cimento de relações imunológicas entre grupos próximos, o que dificulta, sobretudo, a classificação de uma bactéria sob essa forma. O antígeno *H* está sujeito a variações mais frequentes. Estas, embora de menor importância quanto à sistemática bacteriana, têm, no entanto, considerável papel na distinção de espécies e também na de tipos de uma mesma espécie, como o indicam os trabalhos de Andrewes sobre *fases* específica e não específica e os de Bruce White e de Kauffmann e col. sobre sistemática do gênero *Salmonella*.

Andrewes denomina *fase* uma forma sorológica do antígeno flagelar de uma bactéria. Pela prova de absorção de aglutininas, encontrou aglutinação flocular, ora específica, ora não específica ou de grupo; considerou-as como originadas por antígenos *H* diversos, específico e inespecífico, admitindo, porém pelos resultados experimentais obtidos, a transformação reversível de um em outro. Verificou, ainda, a possibilidade da presença simultânea destes dois antígenos em um mesmo germe que se denomina, por isso, *difásico*. Uma bactéria que possuía apenas o antígeno *H* fixo numa das fases, na específica ou na de grupo, é considerada *monofásica*. Ainda no antígeno *H* pode haver uma variação em grau menor, sem chegar a transformá-lo, como no caso da variação fásica de Andrewes, variação essa vista por Kauffmann e Mitsui em certas espécies de *Salmonella*, em que se passam a encontrar receptores aglutinogênicos termo-lábeis, próprios a outros tipos. Esses receptores se denunciam apenas pela prova de saturação, isto é, em cultura em massa e, segundo os dois pesquisadores; chegam a originar duas fases diferenciáveis, designadas como *alfa* e *beta*, que podem ocorrer tanto na fase específica como na não específica.

Assim, no grupo *Salmonella*, como em outros gêneros bacterianos, a existência de um antígeno somático *O*, termo-estável e de um outro flagelar *H*, termo-lábil, é bem estabelecida, dependendo do primeiro o comportamento imunológico das espécies e sua determinação. Estes antígenos podem sofrer modificações ligeiras ou profundas, cujo sentido está bem conhecido.

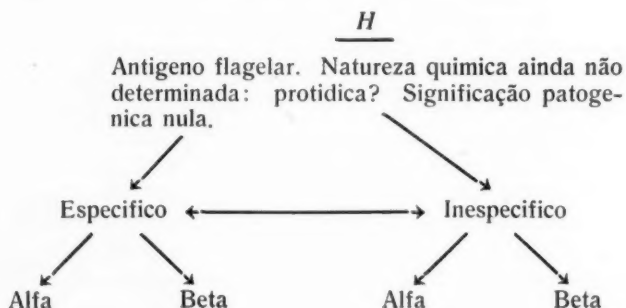
Convém que as variações, já encontradas dos antígenos bem definidos do grupo *Salmonella*, sejam assim esquematizadas:

SENOTIOL - calcio colloidal



Legenda: ? = ainda não determinada.

?? = possibilidade de variação da especificidade química, ainda não estudada.



Arkwright (1927) foi o primeiro a mostrar, com a *S. paratyphi* A e em cabaia, toda importância do antígeno O, liso na imunização ativa. Verificou que só as vacinas que continham este antígeno eram, de fato, vacinantes contra inoculação posterior de cinco doses mortais de amostra virulenta; observou, ainda, que este efeito vacinante se mantinha como a vacina tratada pelo calor (a 100°C por minutos a 1 hora), portanto, na dependência, sem dúvida, do antígeno O, termo-estável. Pela

precocidade e constancia do aparecimento, no soro dos vacinados contra a tifoide, da aglutinação flocular, é que se tomou, por comodidade, sem maior exame, o titulo da aglutinação *H* como indice do poder imunizante de uma vacina. Tal indice ainda era recomendado em 1912 pelo "Antityphoid Committee of the British Army Council".

Os trabalhos de Grinell (1930-1932) infirmaram, de vez, este conceito erroneo e, mais ainda, invalidaram, de todo, a prova de aglutinação, *H* ou *O*, como criterio regulador do efeito vacinante de uma amostra, criticando, tambem, o uso quasi universal da amostra Rawlings da *S. typhosa* na vacinação contra a tifoide. Embora esta amostra seja considerada lisa pelo criterio de Arkwright (estabilidade em agua fisiologica e aglutinabilidade com soro *O*), é, por Grinell, tida como rugosa, pelo novo modo com que caracteriza a forma lisa: insensibilidade à ação bactericida do soro normal e virulencia alta para camondongo. Encontra-se, assim, em provas comparativas com a Rawlings, que os germes das amostras lisas não são mortos ao se juntar, a 0,5 cc. de sangue fresco de cobaia diluido a 1/4,1 bota de cultura em caldo de 18 horas, diluida a 10^{-6} ; enquanto isso, aproximadamente 100.000 bacterias da Rawlings, contidas numa gota de uma diluição a 10^{-2} de cultura identica, são mortas por igual quantidade de sangue. Quanto à virulencia, 0,1 cc. da cultura de uma amostra lisa mata, em 72 horsa, 95 % dos camondongos inoculados por via peritoneal, enquanto igual quantidade de uma amostra rugosa só mata 3,3 %. Em individuos vacinados com amostra lisa, acha-se bastante elevado o poder bactericida do soro, que, nos vacinados com amostra rugosa, não se altera em relação ao dos não vacinados. Não se tratava de variação individual, porque a uma vacinação posterior com amostra lisa correspondeu igual ascensão no poder bactericida do soro.

Perry, Findlay e Beensted (1933-1934), do "Royal Army Medical Corps", dando a maior importancia ao trabalho de Grinell, conseguiram obter por passagens sucessivas (2) em camondongo, da amostra Rawlings original, uma variante virulenta e estavel, designada como *RR* (Rawlings rejuvenecida), com a qual passaramna preparar a vacina anti-tifoidica para o exercito inglês. Esta variante é mantida inalterada em baços dessecados ao vacuo sob cloreto de calcio, retirados de camondongos infetados, no periodo agonico, e guardados em empolas fechadas à lampada.

No preparo da vacina *TAB*, sempre administrada por via subcutanea, empregam a amostra *RR* de *S. typhosa*, a amostra Mears da *S. paratyphi A* e a Rowlands da *S. paratyphi B*. Em seus traços gerais, a tecnica de preparo obedece à seguinte norma: pratoca-se, para cada partida de vacina a fazer, uma seleção

invitro e *in vivo* de colonias e muito virulentas das amostras utilizadas, que são reidentificadas por provas sorologicas e bio-quimicas. Semeia-se, então, estas colonias em caldo, depois, em garrafas de Roux, as culturas de 48 horas, sendo suspensas em agua fisiologica, à razão de 80 cc. por garrafa. Juntam-se as diversas suspensões em balão esteril de 3 litros, completando-se, com agua fisiologica, o volume para um multiplo de 500. A emulsão espessa é aquecida por 1 hora a 53°C, tendo-se retirado, antes, amostras para verificação da pureza e contagem pelo nefelometro. Depois do aquecimento, junta-se, à emulsão espessa, agua fisiologica fenolada a 5 % para uma concentração final de 1/1000. Preparam-se em separado as emulsões espessas de *S. typhosa* e dos dois paratíficos, misturando-se as tres somente nesta ocasião. Pratica-se a diluição de modo a se ter por cc. de agua fisiologica fenolada a 0,5 por mil, isto é, por dose vacinante: 1 bilhão de germes da *S. typhosa*

750 milhões „ „ „ *S. paratyphi* A

„ „ „ „ „ *S. paratyphi* B

Perry e col. fazem, em camundongos e cobaias, provas de controlo, tanto do poder vacinante como da toxicidade. Recomendadam utilizar esta vacina no prazo maximo de um ano de sua fabricação. Encontram uma relação bem definida entre titulo aglutinante O e poder protetor de um soro para camundongo. Usam, entretanto, como prova segura do efeito vacinante, a medida do poder bactericida *in vitro* do soro do vacinado.

Muito mais complexa é a tecnica atual de preparação da vacina anti-tifoidica para o exercito americano, feita na "Biologicals Production Division of the Army Medical School" e que vem indicada no trabalho de Hitchens e Holt (1937). Esse trabalho está baseado nos resultados experimentais obtidos por Hitchens e Siler (1936) com a amostra de *S. typhosa* Panamá 58, amostra lisa e que se mostrou, então, com capacidade imunizante muito maior do que a amostra Rawlings rejuvenescida, de Perry e col.

Preparam Hitchens e Holt apenas a vacina anti-tifoidica para o uso subcutaneo, empregando a amostra citada que é conservada em empolas ao abrigo de toda alteração pelo metodo de Swift (secagem rapida ao vacuo e congelação simultanea) e segundo a tecnica de Flosdorf e Mudd. O processo geral da fabricação, em seus pontos basicos, corresponde ao usado no exercito britanico. A manipulações realizadas são, entretanto, muito mais aperfeiçoadas. Tambem se selecionam, para cada partida de vacina, colonias perfeitamente lisas da amostra virulenta Panamá 58; semeiam-se, com elas, tubos de caldo e, depois, garrafas de Kolle, tendo-se previamente feito a sua reidentifi-

cação bioquímica e sorológica e controlando-se ainda, na semeadura das garrafas, a pureza do material semeado. Também se pratica a suspensão com culturas de 18-22 horas, com água fisiológica tamponada por fosfatos, usando-se 20 cc. por garrafa. Reune-se o conteúdo de 50 garrafas ou de "1 secção" em um frasco coletor de 2 litros com auxílio de um aparelho de aspiração. Completa-se o volume para dois litros e substitui-se, em cada frasco, o aparelho coletor por uma rolha de algodão. Agitam-se fortemente, para uniformizar, as suspensões, retirando-se, neste momento, 2 amostras, uma para contagem e outra para a prova de virulência. A esterilização da vacina se faz em banho-maria elétrico durante uma hora a 56°C. A sua aferição é feita por contagem em câmara conta-globulos de Helber, diluindo-se a suspensão original em água fisiológica tamponada na proporção de 1 para 29 (na prática, 1 + 9 e, desta, 1 + 2), fazendo-se, dtpois, a seguinte mistura:

Suspensão diluída	1 cc.
Água fisiológica formolada a 1 %	3,5 cc.
Soluto de violeta de metila, fenolado	0,5 cc. (*)

A diluição final é de 1:150. Aquecer a mistura em chama branda e colocar uma gota na câmara. Esperar 10 minutos para as bactérias se depositarem. Fazer a contagem com lente de imersão. Contar as bactérias contidas em 20 ou mais pequenos quadrados. Tirar a média. Cada quadrado equivale a 1/20 de mm². 9 células tem 1/50 mm. de espessura. Ex. de cálculo: média por quadrado — 5 bactérias. Cada mm³ da suspensão terá: $20 \times 20 \times 50 \times 5 = 100.000$. Por cm³, mil vezes mais: 100 milhões, número que deve ser multiplicado por 150, diluição da suspensão original.

A prova de virulência é realizada em camundongos Swiss ou, de preferência, em camundongos pretos (raça C 57 de Little-Roscoe B. Jackson Memorial Laboratory Bar Harbor, Maine), muito sensíveis à *S. typhosa*, por via peritoneal. A diluição da suspensão é feita em Ringer e as diluições finais, para emprego das doses padrão de 10.000, -000 e 100 bactérias, em soluto tampoadas de mucina, sendo de 0,5 cc. o volume injetado (10 camundongos por dose). Prática-se a diluição da vacina para 1 bilhão de bactérias por cc. (1 dose vacinante). A diluição final, junta-se tricresol a 0,25 %.

Com a vacina preparada, faz-se o controle da pureza e da inocuidade para camundongos e cobaias e, em coelho, verifica-se

(*) Este soluto corante tem como fórmula:

Sol. acl. saturado de violeta de metila	1 cc.
Sol. aq. de fenol a 5 % q. s. p.	100 cc.

a produção de aglutininas após administração de tres doses da vacina cada 7 dias, sendo a primeira de 0,5 cc. por via subcutanea e as duas outras de 1 cc. por via intravenosa. O titulo aglutinante, após 10 dias, é de 1/5.000 a 1/10.000, fazendo-se a aglutinação com suspensão de germes em agua fisiologica que contenha 500 milhões de bacterias por cc. durante duas horas a 56°C, seguida de uma noite em geladeira.

À analise dos pontos basicos das duas tecnicas indicadas, conclue-se que:

1.º Deve-se praticar a vacinação anti-tifoidica por via subcutanea.

De fato, para não citar os varios trabalhos de critica à vacinação por via oral, preconizada por Besredka e Lumière, lembremos aqui os recentes resultados negativos de enterovacinação tifoidica quer simples, quer associada à vacinação disenterica, obtidos por Tchernozoubov (1935) na Yugoslavia. Lewin, em Witwatersrand (Africa do Sul) tambem verificou a completa inutilidade da vacinação oral contra a tifoide. Aliás, como acentua Bernard (1938), a enterovacinação não tem base na patogenia da molestia, decorrendo o seu fracasso, assim, da impropriedade do seu emprego;

2.º preparar a vacina com uma só amostra, verificada esta-vel em suas propriedades e guardando sempre a forma lisa, virulenta.

A tecnica, já antiga de se escolher, para o preparo da vacina, um numero apreciavel de amostras recém-insuladas, basea-se nos melhores resultados estatisticos das vacinas homologas, isto é, com amostras locais. Esta superioridade, relacionada, desde os trabalhos de Felix, Pitt e col. (1934-1937) e outros investigadores, à maior virulencia para camondongo e ausencia ou menor aglutinabilidade ao soro *O*, decorre da presença de um terceiro componente antigenico no grupo *Salmonella*, o antígeno *Vi*.

Um soro *O* puro se obtem, com facilidade, em coelhos, por imunização intravenosa, com germes aquecidos a 100°C por 2 horas, de uma amostra lisa de *S. typhosa* (0901, p. ex.). Algumas amostras de *S. typhosa* em estoque e muitas recém-isoladas se mostram inaglutinaveis por tal soro. Felix e Pitt notaram a coexistencia desta inaglutnabilidade *O*, da insensibilidade ao poder bactericida do soro normal e da maior virulencia para camondongo branco, propriedades que dependeriam da existencia do antígeno *Vi*, assim individualizado. Seria o antígeno da virulencia. Para determinação do titulo aglutinante *Vi* de um soro, Felix, preconiza saturá-lo com uma amostra considerada sem *Vi* (H901, p. ex.) e, depois, praticar a aglutinação

com uma amostra Vi (Ty. 2, Watson etc.) a 37°C por 2 horas e uma noite em geladeira, lendo-se, então, a aglutinação havia, que é do tipo granular.

A individualidade do "antígeno" Vi é, porém, negada por Kauffmann (1936) e posta em duvida por Topley, Wilson, Raistricky a. al. (1937), que o consideram uma fração ativa (talvez de natureza glicídica, como quer Gladstone — 1937) do antígeno O ou antígeno glico-lipídico das bactérias como o mostraram os trabalhos de Boivin e col. (1933-1937) e os de Topley e Raistrick (1934). Com efeito, Kauffmann encontrou Vi em varias especies de *Salmonella*, principalmente na *S. paratyphi* C e o identificou, por um estudo sorológico cuidadoso, com o fator V somático do esquema de Kauffmann-White de classificação do genero *Salmonella*. Por outro lado, Topley e col., após demorado fracionamento químico, não conseguiram separar Vi do antígeno O liso. Encontraram, ainda, que a capacidade imunizante das amostras O é tão grande quanto a das amostras chamadas Vi, não havendo outra diferença além da quantidade necessaria à imunização, menor para as amostras Vi. (*)

Antígeno completo ou não, este componente Vi, no grupo Salmonella, onde tem sido estudado, está ligado, segundo Felix e col., à agressividade da bacteria, portanto, ao seu poder imunizante, relacionado ou não à virulencia. Esta e a toxicidade se prendem ao antígeno O liso. A presença de Vi como a de O nas amostras recém-isoladas é a regra, mas a sua perda rapida nos repiques também é de maior frequência. Amostras ha em estoque que os conservem inalterados. Estas amostras esaveis, concervadas convenientemente, são as que convêm para o fabrico das vacinas, uma vez que, pela sua riqueza antigenica, se realiza a proteção mais eficaz e, pela sua estabilidade, se pode uniformizar a tecnica de preparo, o que é de valor pratico inestimavel.

Felix preconiza, porém, no preparo da vacina anti-tifoidica, o emprego de germes mortos da amostra 0901 lisa (que originaria anticorpos O, antitoxicos e anti-virulentos) e germes vivos de uma amostra rugosa, rica em Vi, a Ty. 441, que originaria anticorpos Vi ou anticorpos protetores. Dada a sempre possível reversibilidade de uma variante, este modo de ver de

(*) Muito recentemente Henderson e Morgan (1938) conseguiram extrair de *S. typhosa*, pela tecnica de Morgan com o dietilenoglicol, antigenos completos tanto da amostra 0901 (O puro) como da Ty. 2 (O + Vi) e, ainda, de amostras Vi puras (Ty. 441, rugosa, imunizante e T 6 S, sua variante lisa, muito mais antigenica, ambos obtidos por Felix e col.). Uma serie de verificações de ordem química e, principalmente, a independencia imunitaria manifesta, pelos autores encontrada, entre as substancias antigenicas extraidas de 0901 e T6S, fazem que Morgan e Henderson sustentem a individualidade do componente Vi como antígeno somático completo, distinto do antígeno O. (Henderson, D. W. & Morgan, W. T. J. — Brit. J. Exepr. Path, 19(1):82.1938).

Felix, mesmo dando bons resultados na profilaxia individual, é inaceitável sob o ponto de vista sanitario. Assim, é aconselhável que, ao invés de se continuar, entre nós, a fabricar a vacina TAB com inumeras amostras, se posse a fazer, por utilidade tecnica e criterio imunitario, o seu preparo com uma só amostra para cada especie, demonstrada estavel e atigenica por completo.

No combate ao estado toxico e à hipertermia da tifoide, Felix prepara, em cavalos, com germes O (amostra 0901) e Vi (amostra Watson) o soro anti-tifoidico do Instituto Lister. Com Sweeney (1935), na Palestina, onde a tifoide é benigna, obteve bons resultados. Em Inglaterra, Sweeney (1937) o empregou em casos graves de tifoide, os unicos, aliás, em que se deve dar o soro. Os resultados foram bem satisfatorios: em 62 casos, 1/3 de resultados excelentes (queda de temperatura e melhoria do estado toxemico à primeira aplicação); em outro terço, bons resultados e no restante, resultados duvidosos ou negativos. Cooksor e Facey (1937), também na Inglaterra, empregaram o soro de Felix e casos extremamente graves de febre tifoide. Encontraram, em geral, melhoria do estado tifoidico logo à primeira dose (em 54 casos de 73 tratados) e, de temperatura, em 40 (28 com a primeira dose). Assinalaram que o soro de Felix tem uma aglutinação O de 1/60.000 e a Vi de 1/6000 a 1/7000; o Instituto Lister fornece, também, um soro concentrado, de valor duplo. Recomendam o emprego precoce do soro nos casos de tifoide grave, devendo ser administrado, em 3 dias seguidos por via muscular, 47 cc. diários em adultos e 24 cc. em crianças, usando-se o soro ordinario (com o soro concentrado, 33 cc. para adultos). As reações sericas são raramente graves e não constantes.

Combiesco e col. (1937), do Instituto Cantacuzino, descreveram o preparo de um soro anti-Vi, em caxalo, com amostra estavel na forma V de Kauffmann (Ty. 230, insulada na Rumania), de titulo 1/960, que seria estudado em sua eficacia terapeutica. Também, na Yugoslavia, Ivaric e Jovanovic indicaram o preparo de um soro anti-tifoidico, em cavalo, soro antitoxico e anti-bacteriano (amostras recém-insuladas), obtido por imunização demorada e que, não obstante não possuir poder bactericida, é considerado, pelos seus titulos aglutinante e precipitante elevados e, mais, pelo seu alto poder protetor em camundongo e co-baia, como de valor terapeutico. Adiantaram que iriam empregá-lo em casos graves de tifoide.

A soroterapia na toxemia tifoide, iniciada pelos autores indigêses não foi, ainda, empregada largamente, para se firmar juizo definitivo do seu valor ou de sua ineficacia. Entretanto, os

resultados apontados são de molde a fazer numa ação constante e manifesta dos bons efeitos do soro de Felix, para que se faça, entre nós, nos casos graves, e não raros de tifoide, o seu emprego à guiza de experimentação.

CONCLUSÃO

Dados, em revista, os atuais fundamentos da imunização ativa e passiva nas febres tifoide e paratífoides, deles deriva a conclusão de que a vacina preventiva deve ser preparada com uma só amostra, lisa, altamente virulenta e perfeitamente estavel nestes caracteres, praticando-se a vacinação apenas por via subcutanea.

Sobre a soroterapia, pode-se dizer que o seu emprego, no estado toxemico, é aconselhavel em vista dos resultados bem satisfatorios obtidos na Inglaterra.

Endereço: Caixa Postal, 65 — S. Paulo.

BIBLIOGRAFIA

- ARKWRIGHT, J. A. — J. Path. Bacteriology 24:36.1921; 25:104.1922; 29:318.1926; 30:345 et 566.1927,
ARKWRIGHT, J. A. & GOYLE, A. N. — Brit. J. Exper. Path. 5:104.1924.
ANDREWES, F. W. — J. Path. Bacteriology 25:505.1922 et 28:345.1925.
WHITE, B. — Special Rep. Series, Med. Res. Council Nos. 91 et 103.1926; Med. Res. Council, System of Bact. N.º 4:86.1926; J. Path. Bacteriology 32:95.1929 et J. Hygiene 29:443.1929-30.
BERNARD, A. — Bruxelles-Médical 18:(15):505.1938.
BOVIN, A. & MESROBEANU, L. — C. R. Soc. Biol. 112:76; 79 et 611.1933; 114:304.1933 et 117:612; 614:727 et 1671.1935; C. R. Acad. Sciences 189:211.1934; Presse Médicale 43:1995.1936 et Revue d'Immunologie 3(4):319.1937.
BOVIN, A. & MESROBEANU, L. — C. R. Soc. Biol. 114:307; 310.1933; 115:306.1934 et C. R. Acad. Sciences VTR:2124.1934.
BOVIN, A.; MESROBEANU, L. & MAGHERU, A. — C. R. Soc. Biol. 120:12; 76 et 79.1935 et 121:169 et 172.1936.
COOKSOR, H. & FACEY, R. V. — Brit. Med. Journ. 1(3984):1009.1937.
COMBIESCO, D. C.; DEMITRESCO, N. & BADENSKI, A. — C. R. Soc. Biol. 126(24):1079.1937.
FELIX, A. & PITT, R. M. — J. Path. Bacteriology 38:409.1934; The Lancet 227:186.1934; Brit. J. Exper. Med. Path. 16:422.1935; 17:816.1936 et Journ. Hygiene 35:428.1935.
FELIX, A.; BHATNAGAR, S. S. & PITT, R. M. — Brit. J. Exper. Med. Path. 15:34.1934.
MCSWEENEY, C. J. — The Lancet 228:1095.1935.
FELIX, A. — Journ. Immunology 9:115.1394; Journ. Hygiene 28:418.1928/29 et The Lancet 228:299.1935.
GRINELL, F. B. — Journ. Immunology 19:455.1930 et Journ. Exper. Med. 56:907.1932.
GLADSTONE, G. P. — Brit. J. Exper. Path. 18(1):67.1937.

- HITCHENS A. P. & HOLT, R. L. — *Publ. Health Reports* 52(26):829.1937.
- HITCHENS, A. P. & SILER, J. F. — *Amer. Journ. Publ. Health* 62(3):219. 1936.
- IVARIC, Z. & JOVANOVIC, L. — *Bull. Off. Intern. Hyg. Publ.* 29(11):2046.
- KAUFFMANN, F. — *Zentralbl. Bakt. Abt. u. Ref.* 94:282.1929; *Zschr. Hyg. Infekt. Krankh.* 110:537.1929; 111:221.1930; 11F:617.1935; 11G:778. 1936; 118s319.1936; *Zentrabl. f. d. Hyg.* 25:273.1931 *et Bull. Trim. Organ. Hyg.* 4(2):479.1935.
- KAUFFMANN, F. & MITSUI, C. — *Zschr. Hyg. Infekt. Krankh.* 111:740 *et* 749.1930.
- LEWIN, W. — *Typhoid Fever on the Witwatersraud* — *Publ. South Africa Inst. Med. Res.* 7(41):413.1938.
- MESROBEANU, L. *Arch. Roum. Path. Exper. et Microb.* 9:121.1936 *et* 8:45.1935.
- PERRY, M. H.; FINDLAY, H. J. & BEENSTED, H. J. — *Journ. Royal Army Med Corps* 60:241.1933; 61:81.1933; 62:161.1934; 63:1.1934 *et Report of Antityphoid Committee, Brit. Army Council*, 1912.
- SMITH, T. & REAGH, A. L. — *Journ. Med. Res.* 10:89.1903.
- SCHUTZE, H. — *Journ. Hyg.* 20:330.1922 *et Brit. Journ. Exper. Path.* 13:284 *et* 298.1932.
- SWIFT, H. F. — *Journ. Bacteriology* 33:411.1934.
- MC SWEENEY, C. J. — *Brit. Med. Journ.* 2:118.1937.
- TCHERNOUBOV, N. — *Off. Intern. Hgy. Qubl.* 27(11):2158.1935.
- TOPLEY, W. C.; RAISTRICK, H.; WILSON, J.; STACEY, M.; CHALLINOR, W. A. & CLARK, J. — *The Lancet* 232:252.1937.
- TOPLEY, W. C. & RAISTRICK, H. — *Brit. Journ. Exper. Path.* 15:113.1934.
- WEIL, E. & FELIX, A. — *Wien. Klin. Wschr.* 30:303 *et* 1509.1917.



DUCTOL

ENERGICO RECONSTITUINTE

A mais feliz união de elementos reconstituintes baseada nas últimas aquisições científicas

Ergosterina irradiada, vitamina e A e D colloidificada em Extracto de Malte (vitamina B) — Lactofosfato de calcio — Glicerofosfatos — Pepsina — Extractos pluriglandulares glicerinados — Vehículo correctivo adjuvante.

TONICO DOS SYSTEMAS NERVOSO, OSSEO E MUSCULAR

MOVIMENTO SCIENTIFICO PAULISTA**Sociedade de Medicina e Cirurgia de S. Paulo****SESSÃO DE 1 DE AGOSTO**Presidente : **PROF. CELESTINO BOURROUL****O USO DO HORMONIO LACTOGENICO DE HYPOPHYSE** — **PROF. JULIO MORATÓ** —

Após expôr aos presentes um resumo das investigações realizadas nos laboratorios uruguayos a respeito do hormonio masculino, passou o conferencista a falar do uso do hormonio lactogenico de hypophyse. Numerosos graphicos e exemplos variados illustram as affirmações do conferencista, cuja palestra mereceu vivos applausos.

TRANSTORNOS MENTAES NAS ENDOCRINOPATHIAS INFANTIS — **PROF. JOSÉ MANOEL CERVINO** —

O A. alonga-se sobre o assumpto, encarando, com minucia, varias particularidades. Accentúa as difficuldades de diagnostico e discorre sobre o problema therapeutico. Traz interessante documentação comprobatoria das suas conclusões.

SESSÃO DE 12 DE AGOSTOPresidente : **PROF. CELESTINO BOURROUL****EDEMA NO CEREBRO** —

PROF. THEOPHILO ALAJOUANINE — O A. depois de agradecer as referencias de que fôra alvo, passou a tratar do thema da sua conferencia, illustrada com projecções de grande copia de diagnosticos.

A' conferencia do illustre neurologista francez compareceu grande numero de medicos desta capital filiados á sociedade de Medicina e Cirurgia, constituindo a reunião um acontecimento digno de destaque nos circulos scientificos paulistanos, os quaes, com a sua visita, o professor Alajouanine vem honrar sobremaneira.

Nas convalescenças :**SERUM NEURO-TRÓFICO****TÔNICO GERAL — REMINERALIZADOR****RECONSTITUINTE — ESTIMULANTE****Medicação seriada****INSTITUTO TERAPEUTICO ORLANDO RANGEL**
RUA FERREIRA PONTES, 148 - RIO DE JANEIRO

SESSÃO DE 16 DE AGOSTO

Presidente : PROF. CELESTINO BOURROUL

OS PROGRESSOS NO DIAGNOSTICO RADIOLOGICO DO APPARELHO RESPIRATORIO — DRS. JOSÉ VICTOR ROSA E CLAUDIO BARDY — Os oradores depois de agradecerem as amáveis referencias feitas, entraram no thema da palestra, assim dividida : Visibilidade de pulmões occultos e do mesdiatino ; descoberta de pequenas lesões não visiveis na chapa simples ; decidir se uma lesão está ou não em actividades ; verificar a persistencia das lesões cavitarias na colapsotherapia ; estudos dos bronchios e possibilidade de substituir em alguns casos a bronchographia e, finalmente, o pulmão congenito. A palestra foi illustrada com a projecção de chapas radiographicas.

ACÇÃO DO CAFE' SOBRE O METABOLISMO BASAL — DRS. J. RIBEIRO DO VALLE E RAUL F. MELLO — Os AA. estudam os efeitos sobre o metabolismo do : a) café total ; b) café sem cafeina adicionado do chlorhydrato de trigonellina, que é outro alcaloide existente no infuso. Os individuos examinados em condições basaes recebiam a bebida e o metabolismo era novamente determinado pelo emprego do aparelho de Benedict-Roth, de meia em meia hora até duas horas e meia após a ingestão do infuso adocicado com sacarina. A elevação media da despesa de fundo após o café total foi de 1.7% e após o café sem cafeina adicionado de trigonellina de 0.3% . Depois do café total o pulso e a pressão systolica augmentam levemente. Depois do café Hag o pulso e a pressão arterial pouco se modificam e após o café "plus" trigonellina ha diminuição de frequencia do pulso e queda da pressão arterial systolica. Todos estes efeitos descriptos são pouco pronunciados e os ultimos podem ser facilmente comprehen-

didos, dadas as propriedades vagotonicas da trigonellina. O efeito positivo do café total sobre o metabolismo parece depender do teor da cafeina do infuso. Este estímulo do café, tal como nós o usamos, sobre as oxydações organicas, deve ser considerado um indice dos efeitos beneficos da bebida.

ETIOPATHOGENIA DA VULVO-VAGINITE INFANTIL. ACÇÃO DO HORMONIO FOLICULAR NO TRATAMENTO — DR. LICINIO H. DUTRA — O A., depois de passar em revista os factos primordiales da historia humoral feminina, focalisa os fundamentos scientificos da therapeutica foliculina no tratamento da molestia. Evidencia a pathogenia e o mecanismo da acção do hormonio folicular e discute as idéas que procuram explicar o processo de cura das vulvo-vanigites infantis : 1.º pela transformação da mucosa vaginal ; 2.º pela mudança do pH 7, para 4,5 ; 3.º pela acção humoral através do systema vago-sympathico que enerva os órgãos genitales. A technica empregada no tratamento de 12 meninas de 2 a 10 annos de idade com vulvo-vanigite, das quaes 10 gonococcias e 2 não especificadas, foi executada do seguinte modo : 1.º) uma injeção intramuscular de Progyron "B" oleoso por semana ; 2.º) tres lavagens por semana com solução de proteinato de prata a 1.000. O tratamento foi continuado semanalmente pelo estudo dos esfregaços de corrimto vaginal. Os resultados obtidos foram optimos, pois exigiu pouco tempo de tratamento ; a quantidade de foliculina necessaria para o desaparecimento do gonocócco foi em media de 30.000 V. B. I. e as complicações da infecção mostraram-se influenciadas beneficamente pela acção homoral.

Associação Paulista de Medicina

SECÇÃO DE HYGIENE E MEDICINA TROPICAL
EM 4 DE ABRIL

Presidente : PROF. SAMUEL B. PESSOA

RECENTES ACQUIZIÇÕES EXPERIMENTAES SOBRE O "TYPHO EXANTHEMATICO DE S. PAULO" — DR. TRAVAS-

sos. — E' revisto o estado actual dos conhecimentos sobre o problema do typho exanthematico em geral, focalizada a questão da classificação das rickettsioses e estudado minuciosamente o grupo cujo prototypo é a "Febre maculosa das Montanhas Rochosas", do qual faz parte a modalidade brasileira de typhus. São estudados os caracteristicos clinicos, epidemiologicos e experimentaes que induzem a essa filiação e encarado em particular o problema dos depositarios e vectores. Revista a fauna de Ixodidas brasileiros, são destacados por grupos de especies os carrapatos capazes de vehicular o "Typho exanthematico de S. Paulo". Destes grupos são estudadas as especies que concorrem para a manutenção do virus "in natura" e as que accidentalmente podem atacar o homem. No particular, é resaltado o papel do "Amblyomma cajennense" e do "A. striatum," carrapatos mais em contacto com o homem nas proximidades e mesmo nas habitações rurais, por isso que elles são carregados pelo cão, animal domestico em intima relação com o homem. O "Rhipicephalus sanguineus", também o carrapato do cão, poderia vir a ter importancia na epidemiologia do nosso typhus desde que avultasse para o futuro o percentual do seu parasitismo para os cães nos arredores de S. Paulo. Das especies sylvestres que atacam o homem deve ser cuidada com maior interesse o "A. brasiliense". Das especies de Ixodidas de parasitismo restricto e que geralmente não atacam o homem deveriam

ser consideradas como possiveis transmissores naturaes, concorrendo para a manutenção do virus na natureza, o "Ixodes loricatus", carrapato dos nossos marsupiaes e o "Haemaphysalis leporispalustris", parasita frequente do coelho do matto. Em seguida é feita uma revisão dos depositarios e reservatorios. E' referida a sensibilidade dos differentes animaes até agora estudados experimentalmente a possibilidade de participarem elles na manutenção do virus na natureza. São destacadas em particular as especies nas quaes já foi demonstrada uma infecção natural pelo virus da nossa rickettsiose maculosa (gambá, preá, coelho do matto, cão). Enfim, de accordo com o que se conhece actualmente sobre depositarios, reservatorios e vectores, é feita uma tentativa de eschematização do que se passaria "in natura" para a manutenção e exaltação da virulencia do virus e para sua transmissão accidental ao homem.

Commentarios : — Prof. Samuel Pessoa : Agradeceu ao A. a excellente e tão documentada conferencia, sobre os estudos que está realizando em S. Paulo, com respeito ao typho exanthematico, e em se tratando desse assumpto não podemos deixar de recordar as pesquisas de Lemos Monteiro, cuja abnegação por essas investigações o levou do nosso meio e, si sentimos a sua falta, por outro lado nos sentimos consolados ao ver que seu digno successor, com tanto desprendimento prosegue nesses estudos, e prestando-lhe todas as homenagens também cultivamos a memoria de Lemos Monteiro, neste recinto onde se cultivava a sciencia experimental brasileira.

ALGUNS DADOS ESTATÍSTICOS SOBRE AS VERMINOSES EM RECIFE — DR. DURVAL LUCENA. — O A. apresenta alguns dados estatísticos acerca da verminose e outras parasitoses em Recife, focalizando alguns aspectos da shistosomose e das infestações intestinaes entre escolares.

Commentarios : Prof. Samuel Pessoa : Felicitou o A., que é um dos componentes da caravana de 6 medicos de Pernambuco, que por meio da bolsa de estudos instituida pelos Diarios Associados, estão nos laboratorios de nossa Faculdade estudando conosco. E' essa uma iniciativa que todos nós encaramos com a maior sympathia e que vem es-

treitar mais o elo de amizade existente em todo o Paiz.

ESTUDOS SOBRE OS GERMENS QUE RESISTEM AOS PROCESSOS COMMUNS DE ESTERILIZAÇÃO — DR. RUBENS AZZI — No curso de uma investigação sobre germens thermophilos do leite, o A. verificou que o meio de gelose quando autoclavado a 120° C por 20' ainda apresentava colonias se incubado em estufa a 50° A. O A. encontrou germens thermophilos na peptona, o extrato de carne empregado para a feitura do referido meio de cultura. Uma partida do meio de cultura contaminada artificialmente, só apresentou esterilidade após ter sido autoclavado por 50' a 120° C.

SECÇÃO DE NEURO-PSYCHIATRIA, EM 5 DE ABRIL

Presidente : PROF. A. C. PACHECO E SILVA

TRATAMENTO CONVULSIVANTE NOS ESCHIZOPHRENICOS — DR. ANNIBAL SILVEIRA. — O A. acredita ter encontrado na analyse cuidadosa das convulsões provocadas, elemento para orientar, com certa segurança, a pratica do methodo de von Meduna. Como até agora não appareceu na literatura médica nenhum trabalho dedicado a essa questão, a seu ver fundamental, chama a attenção para o assumpto baseando-se, nas observações pessoais. Descreve no ataque completo 4 phases successivas, cada uma com phenomenos particulares dignos de estudo. Depois allude á forma "abortiva" e ao modo de reacção psychica dos doentes ante cada uma dessas eventualidades. Em seguida estuda cada phase de por si, assignalando principalmente os complexos phenomenos da phase preliminar, da tonica e da clonica ; os da 4.ª phase, post-paroxystica, serão estudadas na proxima comunicação. Esses diversos phenomenos em si, variam de doente para doente, mas no mesmo individuo obedecem sempre ao mesmo tipo :

dahi a importancia semiologica, segundo crê o A. ter observado. Cotejando as variações individuaes dos phenomenos tonicos e motores identificou nos seus pacientes, até agora, 12 typos distinctos. Depois de referir rapidamente a interpretação localizatoria, quanto á physiologia cerebral, desses phenomenos, mostra como as varias phases do ataque, no mesmo doente, se modificam no decorrer do tratamento donde o significado prognostico do facto. Procura tambem essa particularidade sob a luz da physiologia e da pathologia cerebraes e mostra a efficacia dessa orientação theorica, para nortear a pratica clinica. Acredita que já dispõe de elementos não só para avaliar a melhora dos pacientes mas tambem para ajuizar o gráo da remissão e mesmo a veracidade della. Os estudos pessoas não estão ainda concluidos mas julga de seu dever comunicar os factos que já pôde observar.

Commentarios : — Dr. Edgard Pinto Cesar : Considera que seria de grande interesse se conhecer a

maneira como reagiram os individuos normaes por esse tratamento e sendo uma experiencia difficil de se praticar no homem, poderia ser feita nos animaes, que como sabemos reagem differentemente ao Cardiazol; praticada no homem seria uma experiencia crucial e os individuos normaes que apresentam as crises desse tratamento viriam destruir a theoria que quer localizar essas crises convulsivantes.

Dr. Mario Yahn: Considera a complexidade dessa questão principalmente no que diz respeito ao prognostico. Quanto á therapeutica pelo Cardiazol, temos que considerar a sensibilização do doente. Nas observações que tem praticado tem notado uma estreita relação entre o periodo de latencia, a dose e o periodo de prognostico.

Dr. Olyntho Ramos: A questão do periodo de latencia depende muito do calibre da agulha, da velocidade e pressão com que se injecta o Cardiazol, de modo que seria preciso um aparelho especial que fugisse a essas causas de erro, e, mesmo tem notado que as crises são mais rapidas em certos doentes de accordo com a maneira como injectamos o Cardiazol, isto é, mais devagar ou mais rapidamente.

Dr. Annibal Silveira: Não quize-mos affirmar que as injeções capazes de produzir as crises, pudessem determinar as áreas lesadas, mas apenas a indicação das áreas que estão implicadas no processo e podem ter valor semiologico pelo contraste entre essas áreas postas em jogo pelo Cardiazol e aquellas outras com disturbios neuropsychiatricos. As nossas observações são poucas mas já permitem ver differenças entre os proprios doentes e no proprio doente com o decorrer das doses. Quanto a sensibilização, isto é, quanto ao facto do doente ter uma crise com dose menor, isso temos constatado e consideramos a sensibilização como parte integrante do tratamento, tanto que os doentes que não se sensibilizam são pouco indicados para o trata-

mento convulsivante. Quanto ao calibre e pressão da injeção, lembra que é uma só pessoa que está encarregada desse tratamento assim como as agulhas empregadas têm o mesmo calibre, de modo que as causas de erro são de pequena monta.

Prof. Pacheco e Silva: Agradeceu, em nome da Secção, a interessante comunicação sobre o momentoso assumpto. Recorda-se a proposito do factor constituição nos eschyzophrenicos e todos nós que temos experiencia, sempre observamos certos eschyzophrenicos com manifestações epileptiformes, de modo que não podemos desprezar a constituição e os centros epileptogenos, dentro de um problema tão complexo e concitamos o A. a proseguir em suas observações. Quanto á apreciação do tempo de latencia poderiamos tambem lembrar ao A. que o calibre das veias é variavel nos diversos individuos, assim como a velocidade de circulação do sangue.

SYNDROME ESCHIZOPHRENICO E DYSENDOCRINIA —

DR. VIRGILIO DE CAMARGO PACHECO — O A. começa assignalando que tal assumpto não constitue novidade, citando a respeito numerosos trabalhos. Como no entanto, os resultados a que chegou com a therapeutica empregada culminaram com a remissão total do paciente, julgou interessante trazer tal caso á sessão. Dá a synthese da observação clinica na qual focaliza principalmente a symptomatologia psychica e os caracteristicos de intersexualidade e acromegalia discreta, de que era portador o observando. Fala sobre o conceito dos estados intersexuales e prosegue dizendo ter tido necessidade de fazer essa digressão para justificar o emprego da hormoniotherapia cruzada, ao lado da radiotherapia profunda da hypophyse em dose moderada.

Conclue fazendo notar que nem sómente a therapeutica de choque resulta favoravelmente nas molestias mentaes. Pelo estudo me-

ticuloso de cada doente pôde-se chegar muitas vezes a instituir therapeutica visando combater directamente o agente morbigenico, provocador do disturbio psychico.

Commentarios : — Dr. Edgard Pinto Cesar : Pela leitura da observação tivemos a principio a idéa de um quadro de depressão melancholica. Ao depois, porém, pela symptomatologia descripta, nos capacitamos inteiramente que se tratava de uma eschizophrenia bem caracterizada.

Dr. Octavio Bierrenback de Castro : Allude a um caso semelhante ao descripto pelo A. em que ao lado do syndrome eschizophrenico havia dysendoerinia manifesta.

**PSYCHOSES POST-MALARIO-
THERAPICAS** — PROF. PACHECO E SILVA E DRS. JULIO DE ANDRADE E SILVA E PEDRO AUGUSTO SILVA — Os AA. abordam as psychoses post-malaricas, em sua grande significação, perturbações que tornam atypico o quadro da paralysis geral, perturbações mentaes essas que têm augmentado com o maior uso da paludo-therapia. Especificam dos desses quadros, delirios que podem permanecer mesmo após o desaparecimento da molestia de Bayle. Abordam as diversas opiniões que procuram explicar essas psychoses, consequentes á paludotherapia. Tecem considerações em torno de delirios secundarios, focalizam a insulinotherapia.

Commentarios : — Dr. Mario Yahn : Considera que até hoje não dispunhamos de um meio para evitarmos essas desagradaveis intercorrencias, principalmente nas formas de evolução rapida, onde temos de nos socorrer da malariotherapia, embora sabedores dos inconvenientes do mesmo. Felizmente já temos a insulinotherapia e façamos votos para que seus effeitos perdurem.

Dr. Virgilio Camargo Pacheco : Considera que o emprego da insulinotherapia previamente á malariotherapia, teria a grande vantagem de tornar um doente mental num doente neurologico e poste-

riormente o emprego da malariotherapia redundará em beneficio do paciente.

Dr. Edgard Pinto Cesar : Referiu que as reacções do typo parafrénico como psychoses post-malaricas, tem notado com mais frequencia nos pacientes de mais de 30 annos.

Dr. Julio de A. Silva : Considera que esse problema tem sido encarado, com certo comodismo, quando na realidade constitue um capitulo aberto na neuro-syphilis.

**PSYCHOSES POST-INSULINO-
THERAPICAS** — PROF. PACHECO E SILVA. — Considerou o o A. que, embora as psychoses malariotherapicas segundo a denominação de Waldemiro Pires causem grandes inconvenientes, em nada invalida a paludotherapia. Reputa de grandes vantagens a associação previa da insulina a essa therapeutica e referiu 3 observações submettidas a insulinotherapia onde foram constatados symptomas semelhantes aos delirios da paludotherapia, estados esses que designou de psychoses post-insulinotherapicas. Pormenorisa o A. em seguida, as observações referentes aos 3 casos. Embora o A. considere limitado o numero das observações, tece commentarios em torno das mesmas, convergindo para o extranho mecanismo que se operaria nos centros nervosos desses doentes.

Commentarios : — Dr. Mario Yahn : Externa a grande satisfação em verificar que entre nós pela primeira vez é descripto pelo prof. Pacheco e Silva as psychoses post-insulinotherapicas e que ainda não tinham sido citadas na literatura. Em alguns casos que tem observado após a insulinotherapia embora não possam ser classificadas de psychoses post-insulinotherapicas, pois fegem das formas descriptas pelo A., têm entretanto um certo interesse e por isso as refirirá á Casa. Num caso de eschizophrenia paranoide, após a insulina, appareceram alterações visuaes e auditivas, além de um estado delirante, forma essa que

persiste até hoje, embora se tenha attenuado; num outro estado eschizophrenico, após a insulina, surgiu um quadro de fixação de idéas. No 1.º caso houve um coma prolongado, que mereceu outros cuidados, no 2.º houve coma, mas que durou uma hora, seguido de um estado de prostração prolongada.

Dr. Edgard Pinto Cesar: São tres casos interessantissimos e quanto a consequencia natural da insulina, podemos evocar o conceito de defeito eschizophrenico, um residuo eschizophrenico, e como bem lembrou o A., semelhante ao residuo da encephalite epidemica.

Dr. Fausto Guerner: O A. focalizou o assumpto de um modo muito original, assemelhando essas psychoses ás da malarioterapia, pelo menos no ponto de vista da genese. Na Casa de Saude do dr. Thomé Alvarenga, um individuo que sempre fora apathico, após a insulinothérapie por maldade pura, acto pensado, no momento em que o enfermeiro se abaixara, deu-lhe um socco tão bem dado, que fracturou-lhe todos os ossos do nariz. Um outro caso recente de sequencia insulinothérapie, apresentando antes dessa therapeutica certa psychose, embora não falem os dados comprovantes, soffreu com a insulinothérapie, praticada no serviço do prof. Roxo do Rio, uma transformação da sua psychose, tornando-se um apathico, com idéas de grandeza e na Casa de Saude do dr. Alvarenga observamos uma remissão dessa psychose a cerca de 15 dias. Não fora o meu estado de saude e teria proseguido nas observações que inicié sobre a insulinothérapie em

doentes na phase incipiente de eschizophrenia que me pareceu de excellentes resultados, observações essas que transferi a outros collegas, assim como suggeriria aos demais collegas que observassem os resultados dessa therapeutica.

Dr. Virgilio Camargo Pacheco: Sem tentar interpretar o mechanismo de acção da insulinothérapie, diriamos que ella deve trazer ao organismo um augmento das suas defesas podendo ser então julgadas toxi-infecções talvez existentes, e ficariam pois as lesões neurologicas submettidas apenas á constituição do paciente, o que poderia explicar o mechanismo de um novo aspecto psychico focalizado em 1.ª mão, pelo prof. Pacheco e Silva.

Prof. Pacheco e Silva: Sentimos felizes hoje, por termos trazido essas 3 observações, que viram o seu intento coroado o qual foi despertar a attenção dos collegas que nesta Casa já trouxeram o seu subsidio aos outros aspectos dessa mesma questão. Evidentemente no choqe hypoglycemico observamos exaltação dos reflexos, perturbações do equilibrio, phases de exaltação, emfim sequellas e phenomenos neurologicos. Não foi nosso objectivo enquadrar todas as formas, mas apenas focalizar nas 3 observações um estado que se repetiu e tomamos a iniciativa de designal-o de psychoses post-insulinotherapicas e que, se terão confirmação com um maior subsidio, embora fosse melhor que isso não succedesse, pois assim não poderiamos incriminar o methodo de cura insulinotherapico de poder trazer o mesmo inconveniente que a malarioterapia.

SECÇÃO DE CIRURGIA, EM 13 DE ABRIL

Presidente: DR. JOSÉ M. DE CAMARGO

CYSTO DO MAXILLAR INFERIOR — DR. SOARES HUNGRIA — O A. apresentou a doente, após a intervenção, tendo documentado essa observação com as radiographias tiradas. Apenas não trouxe o exame histopathologico

por não lh'o ter enviado o analysta, e por não querer perder a oportunidade de apresentar a paciente embora sacrificando a documentação maior do caso.

Commentarios: — Dr. S. Hermeto Jr.: cumprimentou o A.

por ter enriquecido nossa literatura com mais um caso de cysto do maxillar. Por uma coincidência feliz, teve a satisfação de apresentar um estudo sobre os cystos dentigeros, cystos que se desenvolvem á custa dos esboços dentarios primitivos e cujo diagnostico entre os cystos dentigeros e os adamantinomas do maxillar inferior. Em um dos casos praticou o tratamento conservador; mas nesses tumores de aspecto destrutivo como o do 1.º caso apresentado pelo A., a conducta operatoria evidentemente tem que ser mais avançada e impõe-se a resecção. No caso apresentado hoje vimos não só os bons resultados da intervenção como também o da prothese ulterior. Existem typos de tumores que não podem ser diferenciados dos adamantinomas sem uma biopsia previa e devemos salientar pois o valor da biopsia, que nos indicará, com certeza, intervenções mais ou menos radicaes. Ainda á conducta operatoria é de salientar a ligadura da carotida que tornou a operação mais facil do ponto de vista technico assim como a boa tolerancia do doente para essa ligadura.

A PARATHYREOIDECTOMIA NAS OSTEO-ARTHROSES —

DR. S. HERMETO JUNIOR. — O A. inicia o seu trabalho salientando os conceitos etio-pathogenicos basicos sobre as osteo-arthritis chronicas determinantes, ou osteoarthroses. Neste particular precisa as concepções de Umber e Burkhardt. O A. lembra, como indispensavel para o conhecimento da histopathologia das osteoarthroses, os dados geraes sobre a architectura da cartilagem articular onde as lesões iniciaes e evolutivas constituem um elemento caracteristico do processo. Analysando o interessante trabalho de Benninghoff, o A. procura applicar estes conhecimentos á pathologia das osteoarthroses, o que os classicos ainda

não levaram a effeito. Discutindo os differentes elementos de diferenciação das osteoarthroses e osteo-arthritis o A. salienta os caracteres de maior valor mostrando no entanto, as connexões etio-pathogenicas e histo-pathologicas entre aquelles dois typos de processos evolutivos. O A. mostra o grande alcance que tem em relação á therapeutica das osteoarthroses os estudos da escola de von Oppel. Analysando tres observações typicas de osteoarthroses o A. mostra os dados fundamentais fornecidos pela radiologia, bem como focaliza aspectos clinicos caracteristicos. A calcemia se apresentava normal nos tres doentes. Seguindo o criterio das escolas de Oppel e Bauer, o A. executou a parathyroidectomy nos tres casos. O decurso post-operatorio mostrou a diminuição das dores que apresentavam os doentes, bem como um decurso post-operatorio normal.

Commentarios : — Dr. Pedro A. Fanganiello : Perguntou ao A. si os resultados operatorios se mantêm até hoje.

Dr. Hermeto Jr. : Informou que sim, embora o quadro radiologico persista.

Dr. Aloysio Pimenta : O A. com o seu trabalho vem arraigar mais, entre nós, o conceito da cirurgia physiologica e felicita-o pelos resultados que obteve.

Dr. José M. de Camargo : Cumprimentou o A. pela serie de resultados tão felizes. Ha tempo tentou como Oppel, em casos da clinica do prof. Vampré, casos bem estudados, mas cujos resultados post-operatorios não nos foram nada satisfactorios. Pedimos ao A., antes de dar por encerrada a reunião, que volte a nos falar desses doentes, posteriormente de como vão passando, para assim podermos reafirmar de felizes os resultados colhidos pelo A.

IODROL - iodeto e mercurio por via oral

SECÇÃO DE DERMATOLOGIA E SYPHILIGRAPHIA,
EM 11 DE ABRIL

Presidente : DR. DOMINGOS O. RIBEIRO

A FREQUENCIA DO TRACHOMA ENTRE OS NEGROS NO ESTADO DE S. PAULO — DR. AURELIANO FONSECA. — O A. apresentou um quadro demonstrativo da frequência do trachoma, em S. Paulo, assignalando que o trachoma não é doença da nossa gente, mas que se aninha nos estrangeiros e filhos de estrangeiros. Referiu que o trachoma é minimo, na Capital. por dispôr a mesma de todos os recursos hygienicos, o que impossibilita o desenvolvimento dessa molestia. No interior, em Campinas, o indice trachomatoso é de 14,2; em S. Carlos, 65%; em Araçatuba é de 17%; citando, ainda, outras cidades, com frequência maior ou menor, dessa epidemia. Acrescentou que a porcentagem maior de trachomatosos está nos espanhoes, vindos, em seguida, os italianos, portugueses, japonezes. Estes, em maior porcentagem que os portugueses, quando a zona é colonizada por japonezes, vindo, em seguida, os allemães, syrios e argentinos, depois, os planos, pelos quaes se deveria desenvolver uma campanha anti-trachomatosa, em S. Paulo, por todo o Estado. Referiu que em todos os exames que processou, observou a raridade do trachoma nos negros, entre nós; em 20.757 exames praticados, 20.549, eram trachomatosos brancos, e, apenas, 208 negros trachomatosos. Sendo, pois, a porcentagem de negros trachomatosos, de 1% e concluindo, o A. disse que o trachoma se desenvolve muito pouco entre os negros brasileiros.

Commentarios : — DR. Domingos O. Ribeiro : O A. merece todos os nossos elogios, pois, tem sido um batalhador da prophylaxia do trachoma, entre nós, e quanto ás suas suggestões, são interessantes, mormente no que diz respeito ao pigmento cutaneo, e, embora nada haja estabelecido

nesse sentido, a Secção registra-o com todo o interesse e reserva-se para um juizo posterior.

ALERGODERMIA INTERNA E EXTERNA — DR. ERNESTO MENDES. — O A. estabelece os conceitos da alergodermia interna e externa e a respectiva diferenciação, abordando, em seguida, o mecanismo dessas duas alergodermias. Estuda os eczemas e suas diversas denominações, encara a historia familiar allergica e, posteriormente, a historia pessoal. Estuda, ainda, o typo de pelle para o diagnostico differencial dos dois typos de alergodermia. Aborda, depois, os methodos de diagnostico e por fim os therapeuticos.

Commentarios : — DR. Domingos O. Ribeiro : Agradeceu a interessante dissertação sobre um assumpto que o A. vem estudando e divulgando, entre nós. Acha que o A. expoz theorias muito sedutoras, principalmente, no que diz respeito ao eczema, que desde o seculo XVI chamou a attenção dos estudiosos, tendo, até, soffrido, na idade media, o influxo das idéas religiosas. Vieram, muito depois, as Escolas franceza e viennense com a doutrina da dermite toxica, já em pleno periodo scientifico, a culminar no conceito da sensibilidade, com Cesary, Besnier e Darier. Esses AA. encararam a questão do terreno e a acção externa, abrangendo, pois, dois factores e os levaram á concepção da allergia. Contudo, ainda, repousam algumas duvidas nessa concepção, principalmente, em certas formas medicamentosas eczematiformes e que não são bem explicadas pela allergia.

DR. Ernesto Mendes : Referiu que em sua exposição não quiz abordar os eczemas toxicos, por fugir ao objectivo da mesma e outrosim a propria allergia não os poderia explicar.

Dr. A. Rotberg: A literatura estrangeira tem admittido o eczema externo como um phenomeno alergico e embora não tenham observado a formação de anti-corpos, conseguiram, em determinadas experiencias, reproduzir um eczema a custa de uma combinação de albuminas usadas como antígeno. Pensam mesmo que os saprophytas da pelle concorreriam para a etiologia desses eczemas,

entrando na constituição dos antigenos albuminosos.

Dr. Ernesto Mendes: Essa questão dos haptens, ha muito tempo vem sendo aventada, principalmente, na allergia ao formol, mas a reacção antígeno anti-corpo, ainda não foi constatada; além desses dois factores, deve ser considerado mais aquelle que controla as duas hypersensibilidades.

SECÇÃO DE PEDIATRIA, EM 12 DE ABRIL

Presidente: DR. J. FONSECA

FALTA COMPLETA DA CALCIFICAÇÃO DAS COROAS DENTARIAS NUMA CRIANÇA DE 5 ANNOS — (Apresentação do doente) — DRS. AUGUSTO VERGELY E MORETZSOHN DE CASTRO.

— Apresentaram a paciente, com a anomalia suprarreferida, pedindo aos collegas esclarecimentos sobre a etiologia do caso. Em seguida o dr. Moretzsohn de Castro apresentou uma radiographia do maxillar da paciente, onde se observam defeitos de ossificação dos germes dentarios da 2.^a dentição; exhibiu tambem uma radiographia do esqueleto, onde não se constatarem signaes de rachitismo.

Commentarios: — Dr. Espirito Santo: Perguntou ao A. sobre o passado alimentar da criança.

Dr. A. Vergely: Informou que o passado é normal.

Dr. Leme da Fonseca: Agradeceu aos AA. por terem trazido um caso tão raro, que não pode suscitar commentarios.

ALGUNS ASPECTOS RADIOLOGICOS PULMONARES NA CRIANÇA — DR. VICENTE FERRÃO.

— O A. seleccionou, de innumeras radiographias praticadas na Liga Paulista Contra a Tuberculose, algumas que mais chamavam a sua attenção e a dos collegas companheiros de Serviço. Apresentou diversas radiographias, em torno de processos tuberculosos, tecendo commentarios sobre cada uma.

Commentarios: — Dr. A. Pujol Filho: Felicitou o A. pela documentação radiologica a qual em nosso meio está muito exparsa. A contribuição do A. vem pois enriquecer a nossa documentação e fomentar uma questão de grande interesse.

Dr. Leme da Fonseca: O A. trouxe uma grande e valiosa contribuição rica na documentação e commentarios que só poderiam ser expressados pela autoridade que tem em tal assumpto.

Dr. Vicente Ferrão: Agradeceu as palavras tão amaveis e folgando em constatar que o assumpto abordado tenha despertado interesse e, sem maldade, pensa poder julgar que a tuberculose infantil em nosso meio não desperta um grande interesse, quando nos livros estrangeiros de Pediatria e Tisiologia, constitue o capitulo mais importante.

CONSIDERAÇÕES SOBRE O METABOLISMO DO LACTENTE — DR. VICENTE BAPTISTA — O

A. focalizou a importancia das vitaminas para o crescimento e a manutenção da saude no feto e no lactente. Mostrou as providencias tomadas pela natureza, já antes da concepção dotando a mulher de uma capacidade de armazenamento de vitaminas muito superior á do homem. Devido a isso as avitaminoses typicas são relativamente raras nas mulheres em pleno amadurecimento sexual. Na gravidez, em vista da alta solici-

tação do fruto em factores de crescimento, são consumidas as reservas maternas e a mãe entra em hypovitaminose, desde que caia a taxa de vitaminas no alimento. No entanto mesmo nessa hypothese, o feto não soffre, pois a placenta funcionando como glandula selectiva, garante o seu abastecimento, embora á custa da saúde da mãe. Só em casos extremos de carencia materna ha damno do feto; traduz-se isso pelo aborto, nati-mortalidade, pre-maturidade com debilidade vital e accentuada propensão ás avitaminoses dos lactentes que vingam. A saúde

da criança em seus primeiros meses de vida extra-uterina, depende das reservas que forma, essas, por sua vez, dependem da riqueza do alimento materno. Após o crescimento é o leite da mãe que continua a prover as necessidades da criança. O teor do leite no entanto, oscila muito: é alto nas nutrizes bem alimentadas e baixo nas mal alimentadas. Nesse caso pode ser augmentado por via dietetica. O pediatra deve estar senhor desses factos todos, para actuar sempre com segurança em beneficio de seus assistidos.

SECÇÕES DE OTO-RHINO-LARYNGOLOGIA E NEURO PSYCHIATRIA, EM 18 DE ABRIL

Presidentes: DR. MANGABEIRA ALBERNAZ e
PROF. PACHECO E SILVA.

EMPHYSEMA POST-AMYGDALECTOMIA—DR. FRANCISCO HARTUNG. — O A. descreveu um caso de uma criança de 7 annos que, portadora de uma nephrite, em seguida a uma serie de anginas, foi por elle operada de amygdallectomia e extirpação de adenoides; em seguida á operação, houve a formação de um emphysema, tomando a face e parte do pescoço. Em tres dias, o emphysema começou a desaparecer sendo que em uma semana nada mais restava da infiltração de ar, tendo o pequeno se restabelecido completamente. Depois de passar em revista os casos da literatura, chamou a attenção para a raridade do caso, tendo apenas encontrado 12 em observações anteriores. Terminou, affirmando ser um accidente raro e benigno, mas que é necessario conhecê-lo.

Commentarios: — Dr. Mangabeira Albernaz: Disse que nem de literatura conhecia o caso de emphysema cirurgico na amygdallectomia e o proprio Fowler, do Hospital de New York, autor de um exhaustivo trabalho sobre as complicações da amygdallectomia, não tem a referencia mais singela para o caso em apreço. Lembrou tambem que a anesthesia usada,

lhe causou estranheza. No mais, só deve felicitar o A. por ter trazido uma communicação tão rara e curiosa.

Em seguida passou a presidencia da reunião á mesa dirigente da Secção de Neuro-Psychiatria tendo o prof. Pacheco e Silva como presidente, e o dr. Virgilio Camargo Pacheco como secretario.

O sr. presidente disse que lhe cabia a honra, pela vez primeira, de presidir uma reunião conjuncta das duas Secções, e salientou que as duas especialidades andando frequentemente irmanadas, mais uma vez aqui se encontravam reunidas, para um maior proveito e intercambio de ambas.

ESTUDO CLINICO E RADIOLOGICO DOS TUMORES CRANEO-PHARYNGEOS—DRS. PAULO DE TOLEDO E CARLOS GAMA. — Referem cinco casos que, embora fundamente diversos sob o ponto de vista histologico, devem ser reunidos num só grupo por causa dos symptomas craneanos e epipharyngeos que apresentavam, reunidos pois sob o ponto de vista clinico e com a designação de tumores craneo-pharyngeos. Estudam em seguida o diagnostico

e symptomas radiologicos. Terminam assignalando os symptomas que observaram em seus casos para o lado da região chiasmatica e infundibulo-hypophysaria.

Commentarios: — Prof. E. Vampré: Referiu que se tinha assistido em São Paulo a mais abundante documentação sobre o assumpto e lembrou que em 1930 teve occasião de apresentar os primeiros casos de tumores da bolsa de Ratke. Do ponte de vista embryologico que foi explanado com muita precisão, não podemos esquecer a contribuição dos professores Haberfeld e Lordy, altamente interessantes e que tem sido citadas em livros estrangeiros. Os AA. fizeram uma documentação sem precedentes, ao mesmo tempo salientando que si os craneo-pharyngiomas são observados mais frequentemente entre os moços também podem ser encontrados entre os velhos.

Dr. Mangabeira Albernaz: Ouvimos com religiosa attenção toda a magnifica exposição dos AA. Ha pouco tempo um cirurgião norte-americano apresentou um estudo de 32 tumores do cavum com marcha sempre ascendente, assim como apresentaram casos que ficaram localizados dentro da trompa. Não achou justa a critica que fizeram dos syndromes pois muitas vezes é um syndrome que nos chama a attenção para um tumor, embora seja contrario e já tenha escripto que numerosos syndromes podem ser estabelecidos mas que só vem prejudicar a orientação do diagnostico. Também não concorda e desde 1921 que vem insistindo que o signal da cortina seja dependente do nono par, embora Vernellii soo tivesse affirmado e por todo o mundo acceito. Experiencias feitas vieram provar que a

secção do nervo não acarreta a paralysis do constrictor superior. Fez esses reparos apenas para salientar o interesse que despertou o trabalho e estamos pois de parabens e devemos nos congratular pela realização dessa reunião conjuncta.

Prof. Vampré: Se está provado que a secção do glosso-pharyngeo, fóra do craneo não determina a paralysis do constrictor superior, as lesões bulbares pelo contrario determinam-a incluindo-se nessa condição o syndrome de d'Alemberg. Existem pois AA., muito conceituados que estão procurando demonstrar que a inervação do constrictor depende também do nono par, em todo caso é ainda uma pequena questão suspensa.

Dr. Carlos Gama: A proposito do glosso-pharyngeo, a sua inervação é muito discutida e o signal da cortina posto em duvida por certos AA. A secção bi-lateral desse nervo praticada em animaes, veio mostrar a impossibilidade desses animaes poderem deglutir.

Dr. Paulo de Toledo: Agradeceu as referencias elogiosas feitas pelo prof. Vampré, assim como as informações dadas, não estando na nossa alçada discutir certos factos ventilados. Devemos terminar acrescentando o desenvolvimento que têm tido os laboratorios da nossa Faculdade de Medicina, como provam as micro-photographias que apresentaram, tão gentilmente cedidas pelo professor Lordy.

Prof. Pacheco e Silva: Agradeceu aos AA. a interessante comunicação, cujo valor foi comprovado pelos debates despertados entre oto-rhino-laryngologistas e neurologistas vindo isso a mostrar as vantagens que decorrem das sessões conjugadas.

SECÇÃO DE TISIOLOGIA, EM 23 DE ABRIL

Presidente: DR. RAPHAEL DE PAULA SOUZA

FORMAÇÃO DE NOVAS ADHERENCIAS APOS A OPERAÇÃO DE JACOBUS — DRS. DECIO DE QUEIROZ TELLES E B.

J. FLEURY DE OLIVEIRA. — Os AA. fizeram um breve resumo sobre as complicações da operação de Jacobus, salientando o

pequeno numero de observações publicadas referentes á formação de novas adherencias. Citam Zimmermann que possui 2 casos. Estudando o mechanismo de formação de taes adherencias, exposto na literatura consultada, apresentaram 3 casos em que foi constatada a formação de novas adherencias. No 1.º delles a sua origem foi nitidamente uma reacção pleural e não foi feita nova intervenção, por não ser necessaria. No 2.º a nova adherencia era formada por um coagulo sanguineo, teve novo controle pleuroscopico e desapareceu no fim de algumas semanas; no 3.º caso houve reimplantação da adherencia 4 dias após a resecção e nova pleuroscopia revelou não ser possivel nova operação. Concluindo, acham que taes adherencias têm origem ou em uma hemorrhagia ou em uma irritação pleural.

Commentarios : — Dr. Paula Souza : Acha interessante a rapidez com que se formam as adherencias, algumas dentro de apenas 60 horas. Manifesta o desejo de ouvir a opinião dos anatomo-pathologistas sobre o assumpto.

Falando o dr. Fernando Alayon, disse que, sendo as adherencias formada de tecido conjunctivo, não é extranhavel que estas se organizem com rapidez, pois, o tecido fibroso se forma muito rapidamente. No caso de haver hemorrhagia, os macrophagos, agindo sobre a fibrina, iriam transformar-a em tecido fibroso.

Dr. Decio Telles : Concordou com o dr. Alayon quanto á importancia da fibrina na formação de adherencias. Citou trabalhos de Guyon em que este A. conseguiu provocar rapidamente a formação de adherencias, injectando terebentina na pleura. Referiu-se a Tigel, que observou o apparecimento de adherencias pleuraes por irritação, dentro de 4 ou 5 dias.

Dr. R. Paula Souza : Mencionou trabalhos em que os AA. encontraram, nos coagulos sanguineos formados nas condições antes referidas, não só tecido con-

junctivo, como tambem fibras nervosas.

CONSIDERAÇÕES SOBRE MYCOSES PULMONARES —

DR. FLORIANO DE ALMEIDA. — Estudando as mycoses pulmonares tambem chamadas falsas tuberculosos, o A. fez inicialmente um estudo historico para depois analysar ligeiramente as manifestações clinicas, as principaes localizações e seu diagnostico differencial. Passou em revista os principaes factores predisponentes taes como — profissão, habitos, clima, para depois estudar as vias de penetração dos cogumelos no organismo. A seguir fez referencias sobre a acção pathogenica dos cogumelos nos casos de mycoses pulmonar. Abordou a questão da therapeutica, citando os AA., que têm estudado o assumpto. Analysou depois os methodos de diagnostico de laboratorio, extendendo sobre o exame do escarro e de seu cultivo. Por ultimo fez um apanhado dos principaes cogumelos encontrados em casos de mycose pulmonar. A palestra foi illustrada com numerosas projecções.

Commentarios : — Dr. Baptista Soares : Pediu venia para não concordar com a critica feita pelo conferencista ao tratamento feito a um dos doentes cuja observação foi apresentada, no qual se fez pneumothorax sem estar firmado o diagnostico de tuberculose. Disse o dr. Soares que o pneu foi applicado como medida de urgencia, no momento em que o paciente apresentava uma hemoptyse. Segundo seu modo de ver, diante de um pulmão que sangra, cumpre em primeiro logar estancar a hemorrhagia, para depois procurar a causa da mesma. Deseja lembrar observações do dr. Carvalho Pinto, que teve casos de mycose após febre typhoide, curando-se os doentes com iodureto.

Dr. Geraldo Franco : Sempre ouviu dizer que blasto-mycose pulmonar entre nós é coisa rara. Acompanhou dois casos em que havia lesões por cogumelos em diversos pontos do organismo e os

pulmões se apresentavam integros. Citou casos de blastomycose encontrados nos Estados Unidos e na Argentina.

Dr. Dirceu Santos : Indagou se ha algum cuidado especial para a colheita do material para pesquisas de cogumelo. Perguntou se não ha possibilidade do escarro contaminar-se na bocca e se ha necessidade de ser examinado material fresco. Concorde com o conferencista quanto ao estabelecimento do diagnostico da tuberculose pulmonar sómente depois de se pôr em evidencia o B. K. Está de accordo com o dr. Baptista Soares quanto ao estabelecimento do pneu hemostatico no caso referido, achando que, uma vez cessada a hemorragia, deve-se continuar a pesquisa do agente etiologico.

Dr. Paula Souza : Citou um caso de mycose pulmonar em que foi encontrado o escarro *Aspergillus fumigatus*. Indagou do dr. Floriano quaes os cogumelos mais communes encontrados e qual a frequencia entre nós. A frequencia clinica é pequena como tem observado.

Dr. Floriano de Almeida : respondendo ao dr. Soares Baptista, disse que mantem seu ponto de vista quanto as reservas do estabelecimento da therapeutica. Respondendo ao dr. Franco : Ha uma certa confusão quanto á denominação da nossa blastomycose. A blastomycose encontrada nos Estados Unidos é, de facto, rara entre nós. Devemos demoninar a blastomycose que se encontra aqui, de "Blastomycose brasileira", para differencia-la da norte-americana. Respondendo ao dr. Dirceu : Não ha cuidados especiaes na colheita do material para pesquisar cogumelo. Os perigos de contaminação do escarro na bocca são diminutos. Respondendo ao dr. Paula Souza : Não sabe informar qual a frequencia das mycoses pulmonares entre nós. Em cada 150 exames de escarro que fez para pesquisa de cogumelos, tem encontrado 40 a 50 positivos.

O prognostico é difficil fazer-se. Ha casos em que o tratamento

de nada adianta. Via de regra o prognostico é bom porque o iodureto dá resultados. Nos casos rebeldes ao iodureto, geralmente mycoses e levedos, as vaccinas dão resultado. Concluindo, disse que o fim de sua conferencia foi procurar estabelecer relações mais estreitas com os collegas, pois o laboratorista não deve permanecer isolado. Pede aos collegas que, quando tiverem casos de symptologia clinica de tuberculose e com bacterioscopia negativa, que lhe enviem material para pesquisa do cogumelo. Com referencia ao tratamento, disse que o iodureto dá bons resultados, podendo ser instillado na trachéa. As vaccinas (auto-vaccinas) dão resultados em certos casos. A's vezes a simples mudança de ar é sufficiente. Só se pôde dizer que um doente está atacado de mycose pulmonar quando apresenta escarro positivo para cogumelo e, após o tratamento, este desapareça do escarro.

PNEU EXTRA-PLEURAL NO DECURSO DO PNEUMOTHORAX THERAPEUTICO — DR. PAULA SOUZA.

— O A. chamou a attenção dos collegas para os pneumos que elle denominou pneumos exquisitos, observados durante as sufflações intra-pleurales. Revendo seus archivios encontrou diversos casos em que observou pneumo-extra-pleural durante o pneumothorax therapeutico. Apresentou 2 casos : no 1.º foi feito pneu intra-pleural diversas vezes, com relativa facilidade, observando-se um dia "pneu exquisito". Introduzindo-se a agulha, não se observava oscillação do manometro ; retirando-a porém, observava-se, quando a agulha quasi toda fóra, que no manometro oscillava e permitia insuflação de ar. Mostrou radiographias deste paciente antes e depois do pneu referido, vendo-se, na primeira, uma adherencia do apice, o que não se viu na segunda radiographia. No 2.º caso apresentado verificou-se, após pneu facil, um pneu exquisito. Como no caso precedente, retirando-se a agulha, chegou-se a um ponto em que o manometro

oscillava, permitindo a insuflação de ar. Verificou-se ao Raio X a presença de duas bolsas, uma superior e outra inferior. Injectado lipiodol na bolsa superior, verificou-se que o liquido não chegava á inferior, o que mostra que uma das cavidades era extra-pleural. Pensa o A. que o mesmo se terá passado com os outros collegas. Na França já ha observações sobre o assumpto. Aconselha os collegas, a que revisem seus casos de pneu exquisito. Finalizando, disse que o emphysema subcutaneo no pneu extra-pleural não é tão temivel como se pensava, pois a pleura mediastinica descola-se difficilmente. Admitte a possibilidade de se fazer pneu extra-pleural medico, com agulha.

Commentarios: — Dr. Fleury: Concorde que no 1.º caso apresentado haja pneu extra-pleural.

Tem duvidas quanto ao 2.º caso, dizendo poder se tratar de duas bolsas de um mesmo pneu. Cita um caso por elle observado em que insuflando o doente antes de uma operação de Jacobeus, verificou que ao retirar a agulha, quando esta se encontrava apenas com a ponta introduzida, oscillações do manometro. Feito o pneu, verificou, na mesa de operação, que se tratava de pneu extra-pleural.

Falaram em seguida os drs. Baptista Soares e Diogenes Certain, que citaram casos semelhantes aos do dr. Paula Souza.

Dr. Paula Souza: Respondendo ao dr. Fleury, disse que concorda com elle quanto as difficuldades para affirmar-se que o pneu do 2.º caso seja extra-pleural. Acha difficil tratar-se de duas bolsas de pneu intra-pleural, porque o pneu de base é raro.

SECÇÃO DE UROLOGIA, EM 25 DE ABRIL

Presidente: PROF. ANTONIO A. PRADO

TUBERCULOSE GENITAL (conferencia) — DR. ATHAYDE PEREIRA. — Referiu o A. que o trabalho foi feito com casos de sua clinica particular, em numero de 6, a saber: tuberculose renal com epididymite tuberculosa bilateral; um caso de tuberculose testicular; 2 casos de prostatovesiculite tuberculosa e dois de epididymite tuberculosa com e sem tuberculose renal. Estudou o processo de infecção na tuberculose genital a primo-infecção e sua evolução, o assestamento nos órgãos genitales e os factores predisponentes dessa tuberculose. Estudou em seguida a tuberculose em seu desenvolvimento, nos diversos órgãos genitales do homem, a sua frequencia e os factores para o diagnostico. Abordou para terminar o tratamento que, embora variavel, ainda é de resultados pouco promissores, estudando os resultados das intervenções conservadoras, conducta que lhe parece mais acertada, e das radicaes, sendo favoravel á technica de Hunt, como

via de accesso ás vesiculas seminaes.

Commentarios: — Dr. Martins Costa: Em seu interessante trabalho, o A. recommendou a epididymectomy, quando se está diante de uma epididymite tuberculosa, praticando-se essa intervenção o mais precocemente possível, com a mesma urgencia que se pratica a appendectomy. Contudo, AA. americanos chamam a attenção para o seguinte: a tuberculose do epididymo é sempre seguida de tuberculose deferencial e vesicular. Na questão da technica de Hunt para a vesiculectomia, existe um inconveniente que consiste na secção do "rafé" anocoxigeo; determinando uma incontinencia da esphincteriana, já pela technica de Voelcher, que é uma operação anatomica, não se lesa o esphincter, embora offereça um campo pequeno e só se possa attingir uma vesicula. O processo sendo bilateral é preferivel usar a operação peri-renal de Young.

Dr. Eduardo de Souza Aranha : Tem acompanhado na enfermaria do prof. Montenegro e na clinica particular do dr. Darcy V. Itabêrê os casos de tuberculose genital, e de tempos para cá orçam em numero de 9, a saber : um caso de prostatite-vesiculite, um de epididymite sem lesão clinica, prostatite-vesicular, 3 de epididymite unilateral acompanhada de lesão renal, 1 de tuberculose renal e que a autopsia revelou uma prostatite-vesiculite sem epididymite e por fim um caso de epididymite bilateral com tuberculose do testiculo esquerdo. A conducta operatoria tem sido a mais conservadora possivel. A epididymectomy associada com a radiotherapia profunda da prostata e vesiculas seminaes. Salientou tambem a dificuldade do diagnostico differencial entre as epididymites tuberculosas e as não tuberculosas chronicas.

Dr. G. Azevedo : No tratamento defrontam-se duas escolas, a de Wildbolz, extirpando o epididymo e a escola dos americanos, extirpando toda a via genital ou pelo menos a maior parte. Pessoalmente pensa que a epididymectomy só traz resultados quando praticada precocemente. Entre nós faltam-nos casos de intervenções precoces e é um assumpto que deveria ser ventilado tambem pelos fisiologos, pois é ás suas mãos que chegam os casos mais precoces.

Dr. A. Adelino A. Prado : Pensa que o criterio do tratamento variará conforme se considera a infecção como a primaria ou então secundaria. Se secundaria, praticar a epididymectomy e vesiculectomia ; se primaria, não existindo a peri-deferentite, bastava só a epididymectomy.

Dr. Athayde Pereira : Considera a vesiculectomia perineal uma operação relativamente facil de ser conduzida, principalmente quando se tem uma certa experiencia e se visa a therapeutica das prostatites, o mesmo não se diga para as vesiculites onde essas se complicam mais. A respeito da operação de Hunt, a literatura que compulso

nem sequer relata a incontinencia do esphincter do recto, mas se podemos ter essa possibilidade, o que não diremos da operação por via perineal. E', entretanto, uma occorrença que devemos levar em conta, registrada talvez nos trabalhos que o dr. Martins Costa compulsou e por onde consubstanciou as suas observações e essa intervenção.

ANESTHESIA PERI-DURAL EM UROLOGIA — DR. EDUARDO S. ARANHA.

Referiu que essa anesthesia tem sido pouco praticada entre nós, mas que dá optimos resultados no campo urológico quando se emprega um anestesico preparado recentemente ou conservado em vidro neutro como o Scurocaina a 2% e a Etocaina dissolvida no momento no soro physiologico em solução a 2%, que tem dado os melhores resultados. Estudou em seguida o mecanismo da anesthesia peridural, citando experiencias de Dogliotti. Quanto á technica examinou a evolução em suas mãos, passando daquella preconizada por Dogliotti para a de Lichtenberg e posteriormente para a de Gutierrez. Salientou as vantagens dessa anesthesia para a cirurgia genito-urinaria, offerecendo as mesmas vantagens da rachianesthesia e sem as desvantagens desta.

Commentarios : — Dr. Martins Costa : Como introductor que foi da anesthesia peri-dural em S. Paulo, sente-se na obrigação de fazer algumas considerações e deve dizer desde logo que a sua estatistica é pequena, orçando em 167 casos até a presente data. Nos primeiros 60 casos teve um insuccesso de 50 % quando usava então a solução de Novocaina não recentemente preparada e nos ultimos 107 casos, empregando a Scurocaina da Rhodia a 2 %, nunca mais teve falhas de anesthesia. De todos os processos anestheticsos que tem usado, mesmo entre os gazosos, reputa a peridural como a melhor anesthesia, pois é a que provoca melhor relaxamento muscular, e a sequencia post-operato-

ria é a melhor possível, sem vômitos, sem náuseas e preconiza-se até para os velhos, pois já operamos um paciente com a idade de 72 annos, sem accidente algum. Temos usado a technica de Lichtenberg. Quanto á altura da punção verificamos que não ha vantagem em ella ser mais alta ou mais baixa e a praticamos constantemente entre a 1.^a e a 2.^a lombares, apenas variando a inclinação da mesa conforme os metâmeros que se queiram alcançar na anesthesia. Para as intervenções que duram abaixo de $\frac{1}{2}$ hora usamos 20cc. e para as de duração superior a 1 hora, empregamos 40cc., e até mesmo 50 a 60cc. (dose maxima). A unica contraindicação dessa anesthesia reside no facto de não se poder praticar a punção quando haja a calcificação dos ligamentos; no mais é uma anesthesia ideal, pois não altera a pressão sanguínea assim como não actua sobre a secreção urinaria.

Dr. Geraldo Azevedo: No serviço do dr. Ayres Netto, onde trabalhamos, existe uma experiencia não pequena sobre essa anesthesia e a temos feito com dois typos de agulhas, a usada por Lichtenberg ou então a utilizada para o processo da gotta. Temos empregado como anesthesico a solução de Novocaina preparada no momento da anesthesia que dá bons resultados ou então a Scurocaina que tambem dá optimos resultados; mas o melhor anesthesico, na nossa opinião, é a Percaina, que tem uma acção mais duradoura. Empregamol-a a 2 por mil, podendo ser preparada na hora por meio de comprimidos

que para isso existem. Em geral injectamos 40cc. Quanto á altura da punção escolhemos da 10.^a dorsal a 2.^a lombar como limites maximos e damos á mesa uma inclinação maior ou menor, segundo a região que mais se queira anestesiar.

Dr. Ovidio Unti: Tivemos oportunidade de, no Serviço do dr. Ayres Netto, acompanhar os pacientes que têm sido operados por essa anesthesia e podemos assegurar que nada foi encontrado para o lado da reserva alcalina assim como nenhuma alteração no exame funcional do rim.

Dr. Adelino A. Prado: Na enfermaria do dr. Zeferino do Amaral, temos empregado a solução de Novocaina com bons resultados, embora tenhamos notado constantemente uma grande quêda da pressão arterial. Tivemos informação da existencia de um trabalho que demonstra perfeitamente que a esterilização da Novocaina altera a mesma, ao passo que a filtração por velas não determina essa alteração, o que é uma descoberta muito util, principalmente para a clinica hospitalar da Santa Casa, onde esse anesthesico é usado em grande escala.

Dr. Souza Aranha: Em resposta aos perigos da paralyisia dos musculos respiratorios é de se notar que a peri-dural tem sido empregada para pratica da thoracoplastia e tem sido empregada nas intervenções sobre o bocio por Sauerbruch, como relatou o dr. Martins Costa. A respeito do nivel de punção prefere fazer alta porque nas dores a pressão negativa é a maior e o signal da gota mais evidente.

SECÇÃO DE OBSTETRICIA E GYNECOLOGIA, EM 28 DE ABRIL

Presidente: DR. PAULO DE GODOY

DIAGNOSTICO DIFFERENCIAL DO CHOQUE PERITONEAL E HEMORRAGICO, NA PRENHEZ EXTRA-ROTA(Nota previa) — DR. VICENTE MAMANA. — O A. estudou as modalidades de

choque peritoneal e hemorragico da prenhez extra rota; na maioria dos casos ha choque peritoneal associado ao hemorragico; em outros casos um choque peritoneal accentuado com pequena hemorragia.

Estudou os signaes clinicos do choque peritoneal e hemorragico segundo os trabalhos recentes de Lugaro; a narcose geral agindo sobre os centros thalamicos pode seccionar o bombardeio peripherico peritoneal, havendo diminuição do pulso na sua frequencia e augmento na sua amplitude. Quando ha associação do choque peritoneal ao hemorragico isso não se dá.

Commentarios : — Dr. Paulo Godoy : De accordo com o novo regulamento as notas previas não soffrem discussão de modo que á mesa só resta cumprimentar o A.

TUMORES OVARIANOS DYSYTOGENETICOS COM FUNCCÃO ENDOCRINA "ARRHENOBlastomas" — Dr. A. WOLFF NETO. — Inicia o A. suas considerações classificando os arrhenoblastomas entre os tumores ovarianos de origem dysontogenetica com actividade endocrina. Divide-os em 3 grupos: a) o grupo typico, representado pelo adenoma testicular de Pick; n) o grupo atypico, indifferenciado e constituido pelo verdadeiro arrhenoblastoma e o grupo intermediario de Meyer, formando transição entre os dois primeiros. A symptomatologia é caracterizada pela desfeminilização ou mesmo, masculinização da mulher. O diagnostico dos grupos typico e intermediario é facil, mas do grupo atypico cerca-se de grandes difficuldades. O prognostico é bom, pois o neoplasma é benigno e o tratamento é cirurgico (expirpção do tumor).

Commentarios : — Dr. Sylla Mattos : Fez um adendo com respeito á estatistica citada pelo A., lembrando o caso recente do dr. Lucas Machado publicado, ha questão de um mês. Considerou que os tumores do ovario erroneamente chamados de especiaes, melhor merecem a designação de dysontogeneticos, conforme o A. em seu magnifico trabalho, onde, com grande conhecimento de causa, reuniu toda a literatura mundial sobre a questão.

CYSTOS DO HYMEN — Dr. DOMINGOS DELASCIO. — Teceu considerações sobre as molestias do hymen, iniciando com a histologia dessa membrana. Estudou as hymenites, os blastomas, o carcinoma primario, as formações cysticas, imperfurações e a therapeutica respectiva.

Commentarios : — Dr. Vicente Mamana : Teve occasião de observar um caso de imperfuração hymenal numa paciente que accusava dores no baixo ventre e o clinico não tendo feito o exame dos órgãos genitais, deixou de constatar a imperfuração, tendo praticado a intervenção na propria casa da paciente.

Dr. Domingos Delascio : Considerou que a intervenção sobre o hymen a domicilio não deve ser feita em centros como S. Paulo, onde os hospitaes offerecem todas as vantagens da asepsia. Stoekel e outros AA., combatem essa pratica de se fazer a intervenção em casa do doente, principalmente si existir um hematocolpus. Após a intervenção deve-se praticar o toque e no caso de um hematosalpinge deve ser praticada immediatamente a laparotomia, factos esses que obrigam a execução do acto operatorio num hospital.

Dr. Souza Rudge : O A. reprovou a pratica da intervenção da imperfuração hymenal em casa do doente, considerando a punção de Douglas, a domicilio ainda peor.

Dr. Sylla Mattos : E' sabido que a vagina da mulher contem germes avirulentos de modo que a punção de Douglas nenhum perigo de infecção offerece; já no caso de hematocolpus os germes encontram no sangue um meio de cultura propicio e cresce assim o perigo da infecção.

Dr. Vicente Mamana : Se as coisas se passassem como affirma Stoekel, no caso que relatamos a paciente teria tido uma peritonite fulminante, o que não succedeu.

Dr. Edgar Braga : Referiu o caso de uma paciente que tinha menstruação escassissima melhorando com a operação de hematocolpo.

Sociedade dos Medicos da Beneficencia Portuguêsa

SESSÃO DE 30 DE JUNHO

Presidente : DR. EURICO BRANCO RIBEIRO

TABELLA DOS DIAMETROS DA AORTA — DR. EDUARDO CO-TRIM. — O A. passa em revista rapidamente, os diâmetros da aorta apresentando uma regra por elle ideada, que com rapidez fornece esses diâmetros, não necessitando a consulta da tabella até hoje em uso o que é demorado.

FRACTURA EXPOSTA ARTICULAR DO JOELHO — DR. EURICO BRANCO RIBEIRO — O A. apresenta um caso de fractura exposta da extremidade superior da tibia acompanhado de fractura comminutiva da rotula e dilaceração de ligamentos e abertura da articulação em consequência de um

traumatismo directo; a intervenção cirurgica foi realisada tardiamente, tendo obtido resultado funcional optimo. Actualmente o A. emprega o aristoforme em solução tepida para a antiseptia, não tendo tido casos de suppuração. O A. attribue o bom exito da sua conducta aos seguintes factores: bôa antiseptia do fóco de traumatismo, cuidadosa limpeza cirurgica e immobilização do membro por aparelho gessado sem abertura alguma. Costuma empregar tambem vaccinas e prata colloidal em casos suspeitos de contaminação, estando satisfeito com os resultados obtidos.

SESSÃO DE 12 DE JULHO

Presidente : DR. EURICO BRANCO RIBEIRO

PROBLEMAS CIRURGICOS DA THYREOIDE — DR. EURICO BASTOS. — O A. faz uma synthese dos problemas de maior interesse em cirurgia da glandula thyreode.

SOBRE UM CASO DE FIBROMA DURO DA THYREOIDE — DR. JAYME RODRIGUES. — O A. apresenta o caso de uma doente de 13 annos, portadora desde a infancia de uma hypertrophia da thyreode, que com o tempo adquiriu grande consistencia difficultando os movimentos de deglutição da cabeça. Operada em 16 de dezembro de 1937, sob anesthesia local, verificou-se a existencia de um tumor duro com o aspecto de processo maligno, attingindo todo o istmo da thyreode, e abraçando a trachéa em seu hemicirculo anterior. A abla-

ção do tumor foi feita aos pedaços tal a rigidez e a difficuldade de ser encontrado um plano de clivagem, restando assim mesmo pedaços pequenos presos á trachéa. Evolução normal post-operatoria. O exame histo pathologico mostrou tratar-se de "fibroma duro da thyreode".

IODORÖENTGENTHERAPIA DO BOCIO SIMPLES — DR. FRANCISCO FINOCCHIARO. — O methodo iodo-rontgenterapico pelo A. adoptado para o tratamento conservador dos processos inflammatorios de diversas naturezas, foi por elle empregado em algumas formas benignas de bocio hyperplasticos e parenchymatosas, formas adenomatosas ou colloides iniciaes, sem hyperthyreoidismo, com metabolismo basal normal. A acção do iodo nas formas de hy-

perthyreoidismo foi comprovada accentuadora dos symptomas ao mesmo tempo que outros autores acham que se obtêm reaes vantagens com o emprego do mesmo. Muitos autores não desprezam este recurso, que deve ser usado com toda prudencia e com os controles chimicos usuas — metabolismo, pulso, etc. Estas formas de bocio são objecto de consideração neste momento. O tratamento iodico por meio de injeções foi tentado por Luton e Lücke que usaram tintura de iodo pura; V. Mosetig e Garré utilisaram uma mistura de iodoformio, oleo e ether. Os autores italianos, a solução de olurante (solução aquosa de lugol a 1%) Aprehendido o tumor com os dedos, verificado que não se penetrou em um vaso e que a agulha se encontra na mucosa tumoral — quando acompanha os movimentos de deglutição — injecta-se muito lentamente algumas gottas de liquido. Após a injeção succedem-se phenomenos leves de reacção: tumefacção e dor que persistem por alguns dias. Bastam 4 ou 5 injeções para diminuição do tumor (Garré, Billroth) sendo substituido o parenchyma glanduloso necrosado por tecido conjunctivo (Prins). A essa technica o A. acrescentou em varios casos de sua clinica particular a rontgentherapia executada immediatamente após a applicação da injeção. Com essa technica o tecido se torna radiosensivel. As applicações são feitas todas as semanas. As doses de raios X empregadas para se obter o effeito desejado, isto é, grande diminuição do tumor, são muito inferiores ás empregadas geralmente para rontgentherapia pura.

RADIOTHERAPIA DA THYREOIDE — DR. ROXO NOBRE. — O A. faz considerações a respeito da acção dos raios X sobre a

thyreoides e das suas vantagens em casos de hyperthyreoidismo.

HYPERTHYREOIDISMO — DR. MENDONÇA CORTEZ. — O A. fez duas affirmativas: a primeira é que em affecções da thyreoides é necessario que se raciocine com criterio physiotherapico porquanto é essencial distinguir nessas affecções o hyper e o hypothyreoidismo pois falta a therapeutica especifica e etiologia para correção desses dois syndromos. Dahi a importancia fundamental para o diagnostico e orientação therapeutica, da terminação do metabolismo basal. Esse criterio physiotherapico é tanto mais importante porquanto só elle permite comprehender e distinguir as correlações funcçionaes hygidas ou morbidas não só com outras glandulas endocrinas como com o systema vago-sympathico ou ainda com o temperamento e constituição individual. A segunda affirmativa é que o tratamento deverá ser individualmente conforme cada caso clinico, não se podendo "a priori" affirmar a vantagem de um outro methodo therapeutico: medico ou cirurgico, mesmo porque com um ou outro desses methods affirma-se ter obtido curas até em 80% dos casos, e ha mesmo autores que sustentam que com o simples repouso se obtem igual porcentagem de cura. O que no entanto não se pôde deixar de frisar é que a ablação cirurgica obtem frequentemente brilhantes resultados, devendo se salientar que as descompesações cardiacas não constituem contraindicações, antes pelo contrario, são motivos de indicação formal. São optimos os resultados em casos de cardiothyreotoxicoses e até mesmo é proposta a thyreoidectomy total para certos casos de asystolia irreductivel.

NEO-HEPAN - figado injectavel

Sociedade de Medicina Legal e Criminologia de S. Paulo

SESSÃO DE 16 DE AGOSTO

Presidente : PROF. FLAMINIO FAVERO

A PERICIA DA PATERNIDADE

PROF. FLAMINIO FAVERO e DR. ARNALDO AMADO FERREIRA. — O dr. Arnaldo Amado Ferreira, em seu nome e no do prof. Flaminio Favero, apresentou a segunda parte da comunicação que ambos vêm fazendo sobre a pericia da paternidade.

Depois de ligeiras considerações sobre a materia versada na sessão anterior, o orador estudou as tres theorias de transmissão hereditaria dos typos sanguineos, como sejam a dos dois pares independentes de gens allelomorphos, a dos tres multiplos allelomorphos e a baseada na theoria do "linkage". Apon-tou as differenças entre elles e disse que os dados fornecidos pela theoria dos tres pares de allelomorphos eram os que mais coincidião na doutrina e na pratica. Frisou que nos resultados dos acasalamentos em individuos dos typos O —|— AB, A —|— AB, B —|— AB e AB —|— AB, conforme Dungern-Hirszfild podem apparecer descendentes dos quatro typos, emquanto que, pela theoria de Bernstein, os individuos do tipo O não podem originar-se. Estudou a questão da frequencia dos typos de accôrdo com as duas doutrinas, nas populações homogeneas, chamando a attenção para as equações de frequencia e suas causas de erros. A seguir, passou a

considerar as novas propriedades agglutinantes do sangue, denominadas de "M" e "N" e obtidas por innanação activa de animaes e que deram origem a tres novos typos sanguineos M —|— N, M — N —|— e M —|— N —|—. Falou sobre a technica delicada de se obterem essas substancias e passou a focalisar a questão da transmissão hereditaria das mesmas. O orador frisou que com as substancias M e N não ha domanencia e nem necessividade, como sóe acontecer com as substancias A e B e alpha e beta, porem transmissão se faria como no caso da Rirabilis Jalapa, variedade vermelha e branca, isto é, como num caso de hereditariedade intermedia. No entanto, a transmissão dessas qualidades não é absoluta, pois os varios autores encontram excepções. Assim mesmo o emprego das duas modalidades de typos sanguineos triplica a possibilidade de acerto na determinação de uma paternidade allegada. Depois de mostrar como as qualidades M e N se transmittem de paes á filhos, o orador concluiu que, de accôrdo com a posição em que se encontram os conhecimentos dos typos sanguineos e as substancias M e N a mesma é de valor absoluto para a exclusão de uma paternidade porém relativa no que toca á sua affirmação.

Sociedade Paulista de Leprologia

SESSÃO DE 13 DE AGOSTO

Presidente : DR. FLAVIO MAURANO

"ESTUDO CRITICO DO "TEST" LEPROMINA — R. DE MITSUDA". — DR. MOACYR SOUZA LIMA. — O A., baseado em experiencias proprias e de outros

experimentadores, acha que o antigeno de Mitsuda é complexo, sendo formado de 3 partes: uma parte não especifica, proveniente das cellulas dos tecidos; uma parte

commum aos bacillos acido-resistentes pathogenicos (b. de Koch, b. de Stefansky e b. de Hansen) e uma parte propriamente especifica do b. de Hansen. Conclue que a R. Mitsuda, quando posi-

tiva deve ser interpretada com cautela e quando negativa é de grande utilidade. Estabelece o seguinte principio: Todo doente de lepra com R. de Mitsuda negativa é de mau prognostico.

LITERATURA MEDICA

Livros recebidos

La fisiologia nella pratica medica - CAMPANI E CONSTANTINI, Publicações Wassermann (via Andréa Maria Ampère, 56) Milão, 1933.

Tem merecido os maiores elogios da critica o presente volume confeccionado sob a direcção dos profs. Campani e Constantini, com a collaboração dos mais distinguidos fisiologistas italianos. Todos sabem como esse ramo de Medicina tomou desenvolvimento no paiz peninsular nestes ultimos annos, graças ao apoio decidido do governo fascista, que realizou uma das maiores obras de protecção collectiva contra a peste branca. Os ensinamentos da experiencia já estão apparecendo em livros e a presente obra é um repositório de quanto tem conquistado a fisiologia italiana. Não é de admirar, pois, que a presente obra tenha obtido grande successo. Cada capitulo vem firmado por uma autoridade no assumpto, acompanhando o texto farta documentação radiographica. O volume contem perto de 1700 paginas e pode ser adquirido por apenas 50\$000 com Ceppo, Gallo & Cia, rua Libero Badaró, 646, S. Paulo.

Manuale di pediatria - Yvo Nasso, Publicazione Wassermann (via Andrea Maria Ampère, 56), Milão, 1937.

O A. condensa num volume de perto de 800 paginas toda a pathologia da creança cuidando especialmente do aspecto clinico das affecções peculiares á infancia como convem a um manual, destinado, como o nome indica, a uma con-

sulta rapida que colloque o medico pratico em pleno conhecimento do problema do momento. Depois de explanar as particularidades anatomicas e physiologicas da creança o A. discorre sobre ás varias molestias, indicando os meios de reconhecê-las e a maneira de combatê-las com efficiencia. Para completar o volume, accrescentou no fim um longo capitulo sobre posologia, onde esmiuça a questão do reccutuario do pediatra. O volume pode ser adquirido por apenas 25\$000 com Ceppo, Gallo & Cia, rua Libero Badaró, 646, S. Paulo.

Metabologia Clinica. - ANNES DIAS E COLLABORADORES, 2.º volume, Oscar Mano & Cia. (rua Uruguayana 136), Rio, 1938.

O prof. Annes Dias e seus assistentes apresentam interessante estudo sobre a metabologia clinica, tendo merecido o primeiro volume, elogiosas referencias da critica. Appareceu agora o 2.º volume, cujo summario é o seguinte: Hypoglicemia - Hyperinsulismo - Annes Dias; Potassio e sodio no metabolismo organico - Octavio Dreux; Noções sobre o metabolismo do iodo, fluor e bromo - Vasco Azambuja; Distrofia adiposa genital do typo Frolich - Ary de Castro; Disturbios metabolicos nos queimados - Helson Cavalcante; O cholesterol em clinica - Ernesto Carneiro; Das metaloses em geral, em especial da significação biologica do cobre - Héllion Pova; Metabolismo pigmentar - Bruno de Moraes; Alterações do metabolismo na obesidade e na

magreza - Gilberto da Silva Telles; Metabolismo do enxofre - D. Bicudo de Castro; Azotemia - Cassio Annes Dias; Vitaminas e hormônios - Peregrino Junior: Influencia da diabetica sobre os quadros hormonal e clinico e o mal de Addison - Jayme Vignoli. São perto de 200 paginas, de leitura agradável e muito util.

Papel do mesenchyma activo na predisposição do organismo ao crescimento neoplasico — R. Kavetzky, Kiev, 1927.

Num volume de pouco mais de 200 paginas, o A. expõe a maneira de encarar o problema pela escola russa. Ao systema reticulo-endothelial segundo a concepção de Aschoff e de Kiono, o professor Russo Bogomoletz, orientador de uma pleiade de investigadores, substitue o "systema physiologico do tecido conjunctivo", dando assim mais precisão na interpretação dos phenomenos vitais que os cientistas vem absorvendo. A reacção desse systema ás infecções e ás toxinas é facto incontestado. O papel do tecido conjunctivo na pathogenia do cancer, lembrado por Thiesch e formulado por Bogomoletz em 1924, tem sido estudado nestes ultimos annos com muito carinho e é o que offerece assumpto ao presente livro. Depois de longa explanação, conclue o A. que novos horizontes se abrem ao tratamento e prophylaxia do cancer.

Guia de Anatomia Topográfica — PFITZNER, traducção da 9.^a edição allemã por Oswaldo de Abreu Filho, Companhia Melhoramentos de S. Paulo (rua Libero Badaró, 443), S. Paulo, 1938. O Guia de Anatomia Topográfica, é um excelente livrinho destinado a médicos, estudantes de medicina e curiosos da sciencia médica ou do estudo da physiologia e anatomia humanas. Vem facilitar so-

bremento a consulta e leitura dos modernos tratados e obras médicas estrangeiras, bem como revistas scientificas do mundo inteiro. O Guia de Anatomia Topográfica ensina toda a moderna nomenclatura scientifica, adoptada universalmente por decisão do Congresso de Anatomia de Jena, Alemanha, e traz, em appendice, pequeno vocabulario dos termos technicos menos conhecidos e sua correspondência em vernáculo.

As peritonites — VICENTE DE MÓDENA, São Paulo Editora Ltda., S. Paulo, 1938

O A., que é director do Hospital da S. P. de Soccorros Mutuos de Campinas, publicou em elegante volume o interessante trabalho que inseriu nas paginas dos "Annaes Paulistas" a respeito das peritonites. Trata-se, como bem viram os nossos leitores, de uma synthese sobre o assumpto, enriquecida com numerosas observações da sua clinica privada traduzindo, portanto, não uma simples compilação didactica, mas uma valiosa contribuição de larga experiencia propria. O volume contem 96 paginas, e merece ser lido por quantos se dedicam á cirurgia do abdomen.

Elementi diagnostici delle piu comune sindromi neurologiche — VITTORIO CHALLIOL, Opera Medica, Milão, 1936.

O presente volume é o 80.^o da serie editada pela casa Wassermann de Milão, com o intuito de fornecer á classe medica manuaes praticos de todas as especialidades. Ao principiante, ao medico que se vê forçado a fazer polyclinica, e aos estudantes, o presente volume é muito util, pois resume de uma maneira clara e concisa os elementos que conduzem a um diagnostico neurologico. O volume contem quasi 200 paginas, em pequeno formato, de agradável apresentação.

Senotiol - calcio colloidal injectavel

IMPrensa MEDICA PAULISTA

Summario dos ultimos numeros

Pediatria Pratica, IX, 180-293, maio junho 1938. — Resultados da systematisação de uma técnica no tratamento do empyema pleural pneumocócico nas crianças abaixo de 3 annos de idade — Augusto Gomes de Mattos; Ensaio de tratamento de determinadas estomatites pelo acido ascorbico — João F. Barreto; Complications et séquelles de la grippe — M. Schächter.

Revista da Associação Paulista de Homeopathia, II, 1-40, julho 1938.

Um caso clinico — Rezende Filho; A Homeopathia se preocupa com o doente — Galhardo; A Homeopathia e a verminose — Alfredo di Vernieri; Tratamento dos hemorroidarios pela terapeutica homeopathica — Cadmo Moura Brandão.

Revista da Associação Paulista de Medicina, XII, 400-102, maio 1938.

Tratamento do cardiaco pela digital — Jairo Ramos, José Ramos Jr., Bernardino Tranchesi, Mario Lotufo e Ignacio Alves Correia; A obesidade na adolescencia — Castro Barreto; Ptose palpebral congenita e rinomalacia — J. Rebello Neto; Reserva alcalina — O. A. Rodovalho.

Revista Clinica de S. Paulo, IV, 1-50, julho 1938.

Anomalia electrocardiographica caracterizada por P-R. curto associado a um QRS variavel — Alberto L. Rodrigues Ferreira; A pellagra; estudo clinico — L. Mendonça de Barros e J. B. Soares de Faria; Pneumomycoses — Carlos Silva Lacaz.

Revista de Gastro-enterologia de São Paulo, I, 70-116, junho 1938. — Considerações geraes sobre as ictericias — Eduardo Monteiro; Tratamento medico especial das diferentes formas de colites cronicas — Nelson F. de Carvalho; Gastrites — Adalberto Vieira Rios.

Revista Paulista de Tisiologia, IV, 180-256, maio-junho 1938. — Campanha nacional contra os flagelos medicos-sociaes. O Brasil e a luta contra a tuberculose — Clemente Ferreira; Profilaxia da tuberculose infantil — F. Borges Vieira; Considerações em torno do problema sanatorial em S. Paulo — R. de Paula Souza; O germen tuberculoso — Camillo de Oliveira Penna; Dois annos de tisiologia no Instituto dos Bancarios — Geraldo Franco; A organização anti-tuberculosa na Italia — A. Tisi Netto.

VIDA MEDICA PAULISTA

Liga Paulista contra a Tuberculose

Visita dos Rotarianos á secção do B. C. G. — Terminado o almoço do Rotary Clube do dia 29 de julho, os rotarianos seguiram para a Liga Paulista, onde já os aguardava o dr. Marques Simões, director do Serviço de Assistencia e Prophylaxia da Tuberculose do Estado de São Paulo. Percorrendo todas as dependencias

do pavilhão, cujas obras terminarão brevemente, os presentes ouviram do dr. Eduardo Vaz explicações pormenorizadas sobre a sua organização. Alli será installado um serviço pre-natal com o fim de observar a criança desde o seu nascimento, como, tambem, o de vaccinação. A educadora sanitaria, lutando contra a ignorancia,

sujeira e preconceitos terminará o serviço, visitando desta fôrma em suas casas as crianças vaccinadas ou não. Até o momento, foram vaccinadas em São Paulo, das 5.000 examinadas 1.500 crianças. A vaccina, como se sabe, é feita do bacillo da tuberculose bovina.

Finalizando a visita, todos os presentes se reuniram numa das dependencias do pavilhão, onde lhes foi offerecida uma lauta mesa de salgados e uma 'choppada'. Por esta occasião fiseram uso da palavra varios oradores. O primeiro, dr. Marques Simões, proferiu a seguinte oração :

"A Liga Paulista Contra a Tuberculose, a que tenho a honra de pertencer, é instituição de iniciativa particular e que é sem contestação uma das grandes realizações da nossa terra, cobre, neste momento o seu pavilhão de B. C. G., obra do esforço ingente e desinteressado de um pugillo de benemeritos, entre os quaes esse incansavel collega que é o dr. Eduardo Vaz, nome que deve ser lembrado hoje com muita gratidão. A obra ali está, promettendo um mundo de realizações e todos nós devemos nos orgulhar de seus organizadores que seguem o grande roteiro do benemerito mestre da tuberculose em São Paulo — o nosso venerando e illustre chefe, dr. Clemente Ferreira, que desde a sua mocidade até hoje vem mantendo o fogo sagrado do seu ideal.

Na dupla função de director da Secção de tuberculose do Estado e um dos directores da Liga Paulista quero congratular-me com os presentes por este auspicioso acontecimento. Elle vem mostrar mais uma vez o quanto póde a organização particular paulista, principalmente quando tem a prestigial a uma entidade tão util e conscia de seus deveres como o Rotary clube de São Paulo que tem sido

de inestimavel auxilio para esta obra de benemerencia. Os meus calorosos aplausos aos dignos rotarianos que tão bem compreenderam o alcance de uma obra iniciada pela Liga Paulista Contra a Tuberculose.

O governo do Estado está no firme proposito de encerrar de frente o grande problema da tuberculose e eu estou certo de que muitas e notaveis coizas ainda serão realizadas em São Paulo, nesse terreno. A Secção que eu tenho a honra de dirigir tem um programma de acção constructora bastante grande e eminentemente pratico. E eu posso adiantar-vos, meus senhores, que instituições como esta terão o mais franco e decidido apoio official. Quero mesmo deixar expressa aqui a minha certeza de que tudo conseguirei em prôl deste notavel empreendimento que honra o nosso Estado e dignifica os seus construtores. Outro não é o pensamento governamental que nesta hora decisiva para os nossos destinos está empenhado decisivamente no grande problema da Saude Publica.

Minhas congratulações effusivas, pois, aos directores e membros desta instituição, almas vivificadoras desta casa. Minhas congratulações sinceras aos illustres rotarianos que ouviram a voz de Eduardo Vaz. E o meu pensamento de fraternal carinho para essa grande figura de batalhador e de bravo que é Clemente Ferreira".

O dr. Eduardo Vaz agradeceu, em seguida mostrando o seu filho, uma das primeiras crianças vaccinadas pelo B. C. G., que representa alli as crianças já vaccinadas por aquella secção da Liga Paulista Contra a Tuberculose.

Ao finalizar fez ainda o uso da palavra, o sr. Herbert Mercer, medico-chefe dos Postos de Hygiene da cidade de Rio Preto.

CYNAROL - alcachofra
Tomar em jejum

Faculdade de Medicina da Universidade

Trabalhos a Premio no Departamento Scientifico do Centro Academico "Oswaldo Cruz"— Oferecido gentilmente ao Departamento Scientifico do Centro Academico Oswaldo Cruz, pela Chimica Pharmaceutica Paulista Ltda. acaba de ser instituido o Premio Francisco Nicolau Baruel.

O valioso premio, cujo regulamento transcrevemos abaixo, será conferido annualmente a trabalho feito por doutorando sobre temas escolhidos por uma comissão de professores, assistentes da Faculdade de Medicina, ou médicos e versando os mesmos sobre assumpto de Clinica Médica ou Clinica e Technica Cirurgica.

Para o corrente anno, a comissão de clinica e technica cirurgica, constituida pelo professor Benedicto Montenegro, dr. José M. Camargo e dr Paulo da Silva gordo escolheu o tema: "Anesthe-sia peridural".

A comissão de Clinica Médica, constituida pelo prof. Ovidio Pires de Campos, Dr. Oscar Monteiro de Barros e Dr. José Ignacio Lobo, escolheu o tema: "Da frequencia dos differentes typos de pneumococcos nas pneumopathias agudas em nosso meio".

Eis o regulamento:

"Premio "Francisco Nicolau Baruel"

Art. 1.º — Fica instituido o premio "Francisco Nicolau Baruel" conferido annualmente pelo Departamento Scientifico do Centro Academico Oswaldo Cruz.

Art. 2.º — O Premio "Francisco Nicolau Baruel" é offerecido ao Departamento Scientifico do Centro Academico Oswaldo Cruz pela

"Chimica Pharmaceutica Paulista Ltda".

Art. 3.º — O Premio será conferido annualmente ao melhor trabalho feito por doutorando sobre temas de "Clinica e Técnica Cirurgica ou Clinica Médica", escolhidos por comissões constituidas por um presidente, professor cathedrático, dois membros adjuntos, convidados pelo Departamento Scientifico do Centro Academico Oswaldo Cruz, de acôrdo com a Chimica Pharmaceutica Paulista Ltda.

Art. 4.º — O thema escolhido pelas commissões será publicado em Março de cada anno.

Art. 5.º — O Premio "Francisco Nicolau Baruel" constará da montagem de um consultorio, segundo o accôrdo estabelecido com a Directoria do Departamento Scientifico.

Art. 6.º — O prazo para entrega do trabalho fica fixado em 31 de Outubro de cada anno.

§ unico — Para o corrente anno, o thema será anunciado em Julho e o prazo de entrega fica extendido até 31 de Dezembro.

Art. 7.º — Os trabalhos serão julgados pela propria comissão que estabelece o thema.

Art. 8.º — Os trabalhos serão entregues nos escriptorios (Directoria) da "Chimica Pharmaceutica Ltda", com pseudonymo.

Art. 9.º — Os trabalhos vencedores ficam propriedade da "Chimica Pharmaceutica Paulista Ltda." que se reserva o direito da propria publicação na "Revista Baruel".

Art. 10.º — O Premio "Francisco Nicolau Baruel" será entregue em sessão solemne do Departamento Scientifico, previamente marcada."

PHILERGON - Fortifica de facto.

Sociedade dos Medicos da Beneficencia Portuguêsa

Nova Directoria — A 2 de agosto tomou posse a nova directoria da Sociedade dos Medicos da Beneficencia Portuguesa composta de: presidente, dr. Mendonça Cortez; vice-presidente, dr. Jarbas de Barros; secretario, dr. Fausto Seabra; thezoureiro, dr. Raul Braga; bibliothecario dr. Nelson Rodrigues Netto. Ao transmittir o cargo, o presidente do anno anterior, dr. Eurico Branco Ribeiro, proferiu as seguintes palavras:

“A sociedade dos Medicos da Beneficencia Portuguesa de S. Paulo encerra hoje o seu quarto anno de vida. Ao assignalarmos o facto, fazemol-o com grande alegria e desafogo de consciencia. Com alegria, sim, porque ahi está mais uma affirmação nitida de que andava bem fundamentado o nosso entusiasmo quando ensaiámos os primeiros passos titubeantes desta agremiação, lançada num meio pouco affeito ás iniciativas desse genero e onde, por effeito mesmo do temperamento latino predominante, a affoiteza dos primeiros momentos nem sempre cede logar a uma acção de continuidade, o que tem vulgarizado a idéa erronea de que raramente vingam os empreendimentos destituídos do utilitarismo immediato. O desmentido é formal: a nossa sociedade ahi está, pujante, victoriosa ultrapassando o limiar do tempo para entrar na casa dos cinco annos. Desvaneceram-se as duvidas, os incredulos cederam e têm sido os melhores collaboradores. Como, pois, não haver alegria? Ella existe e muito grande, não sómente para nós, que vimos acompanhando de perto a vida da Sociedade, como parte integrante que fomos das quatro directorias que até hoje teve, — mas estamos certos — tambem para vós todos, prezados consocios, que tendes experimentado dentro do

nosso ambito social oportunidades numerosas para maior estreitamento da cordialidade e do bom entendimento profissional, e ainda para a propria Beneficencia Portuguesa, que sem duvida se sente satisfeita de manter em seu seio uma organização conceituada nos meios medicos de São Paulo.

Dando largas á alegria, não podemos esconder o nosso sentimento de desafogo de consciencia ao ver terminado o mandato que a bondade dos consocios nos conferiu, collocando-nos á frente da Directoria de 1937-1938. Dois motivos commandam esta explosão que nos vem do intimo. O primeiro consiste no facto de termos conduzido em bom estado a nau que nos foi confiada. Mas, si o fizemos, senhores, deve-o a Sociedade dos Medicos da Beneficencia não a nós e sim á boa vontade de todos os membros, que souberam prestigial-a durante todo o anno, trazendo-lhe prazenteiramente o seu concurso imprescindivel, seja na frequencia ás reuniões, seja na materia que trouxeram a discussão, seja no apoio ás iniciativas tomadas. Cumpre, porém, destacar a acção dos nossos companheiros de directoria, sem a qual certamente teriamos atravessado com frequencia a penumbra das cerrações que cerceiam a franca navegação. O mar foi-nos sempre bonançoso e isso porque tivemos a felicidade de contar, na equipagem, com um thezoureiro energico, um bibliothecario exemplar, um secretario minucioso e um vice-presidente sempre disposto a assumir o commando. Fóra da direcção, a solicitude de um dos mais distinctos companheiros permittiu que se tornasse realidade um dos anseios da Sociedade: Eduardo Cotrim inaugurou a série de cursos que os nossos estatutos sabiamente mandam organizar. E todos correram pressurosos quando foram chamados a postos para

assignalar a realização de outro anseio, que, si não era estatucional, era porém um impositivo da vontade geral, manifestada no unanime applauso á proposta de, á moda rotaria, nos reunirmos camaradamente á volta de uma mesa para fazermos as nossas communicações scientificas. Com apoio assim, por menos que fizéssemos não sossobraría a náu.

O segundo motivo consiste no facto de a termos conduzido a bom porto. Entregamol-a a novo commando. Tanto o timoneiro como os seus auxiliares são a garantia de que atravessará com segurança este anno que se vae iniciar. Não se tornam necessarias palavras de estímulo: todos sabem que Raul Braga será um optimo substituto de Alfredo Pacheco Jr., que Nelson Rodrigues Netto se empenhará em manter a esmerada organização que Fausto Seabra deu á bibliotheca, que este será um continuador caprichoso da actividade de Ney Penteado de Castro na secretaria e que Jarbas Barbosa de Barros estará sempre disposto, como João Rossi, a auxiliar o presidente effectivo. Quanto a Mendonça Cortez, as suas qualidades de orientador são por demais notorias neste ambiente para que sejam aqui recordadas. Todos sabem como elle organizou e mantem os ser-

viços de Clinica Medica da Beneficencia Portuguesa de São Paulo e ninguem aqui desconhece a orientação moderna e efficiente que imprimiu aos serviços medicos da Caixa de Aposentadoria e Pensões da Estrada de Ferro Sorocabana. Está tambem na lembrança de todos o brilhantismo com que presidiu, a annos, a Secção de Medicina da Associação Paulista de Medicina, dando áquelle departamento da grande agremiação medica paulista uma vitalidade que ainda não foi ultrapassada. Com um presidente assim experimentado, com um orientador de larga visão, com um executor de acção firme e decidida — como é Mendonça Cortez — certamente terá a Sociedade dos Medicos da Beneficencia uma phase de real destaque na historia da sua existencia.

Antes de dar posse aos novos directores da nossa Sociedade, deixamos aqui consignado os nossos melhores agradecimentos a todos os consocios pelo apoio que nos deram durante o anno social que ora se finda e especialmente á digna directoria e á esforçada administração da Real e Benemerita Sociedade Portuguesa de Beneficencia pelo carinho e interesse que vem dedicando á nossa agremiação."

Hospital Jaçanã

Curso de tisiologia — Foi solenne a cerimonia de entrega dos diplomas aos medicos que frequentaram o curso de tisiologia dado pelo corpo clinico do Hospital São Luiz Gonzaga, em Jaçanã sob o patrocínio do dr. Synesio Rangel Pestana, director clinico, e orientação do prof. A. Lemos Torres.

Effectuada no salão nobre da Santa Casa de Misericordia de São Paulo ás 10 horas do dia 14 de julho, contou com a presença de numerosas pessoas, tendo toma-

do assento á mesa, os srs.: Synesio Rangel Pestana, que presidiu a cerimonia; tenente Mario Mariano, representante do interventor federal neste Estado; Masques Simões, director da Assistencia e Prophylaxia da Tuberculose do Estado; João Franco de Camargo, representando o sr. Alvaro Guião, secretario da Educação e Saude Publica; Antonio Soares de Souza Filho, pelo sr. Raul Godinho, director do Departamento de Saude; Ubiratan Pamplona, director da Assistencia Hospitalar esta-

dual; Miguel Coutinho, director do Departamento de Assistencia Publica.

Falou em primeiro lugar o sr. Synesio Rangel Pestana, director clinico da Santa Casa, que discorreu sobre a importancia do curso theorico-pratico de Tisiologia realizado por um grupo de medicos paulistas.

O segundo orador, sr. Marques Simões, director da Secção de Assistencia a Prophylaxia da Tuberculose do Departamento de Saude do Estado, proferiu um ligeiro discurso congratulando-se com a directoria do Hospital de Jaçanã pela sua benemerita iniciativa promovendo aquelle curso de Tisiologia.

Após a entrega dos diplomas, fizeram-se ouvir ainda, dois oradores: o sr. J. S. Rocha Botelho, que falou em nome dos medicos diplomados, e o prof. A. Lemos Torres, orientador do referido curso de tisiologia.

Este curso, que é realizado pela primeira vez em S. Paulo, de forma intensiva e com frequencia obrigatoria ás aulas theoricas e praticas, teve o seu desenvolvimento com a collaboração de conhecidos elementos da classe medica.

Foram os seguintes os medicos que, hontem, receberam diplomas pela conclusão do curso de Tisiologia: drs. A. Uthôa Cintra, A. Nogueira Martins, Bernardino Franchez, Cesar Camarinha, Corinto B. Costa, Euclides Frugolo, Gabriel Nicolau, J. S. Rocha Botelho, J. Reynaldo Marcondes, L. Torres Rezende, Octavio Rodovalho, R. Araujo Cintra e Ulysses Lemos Torres.

O programma realizado foi o seguinte:

Dia 1.º de Julho — Apresentação do curso, pelo dr. Synesio Rangel Pestana: b) aula pratica: "Progressões da tisiologia nestes ultimos annos, tanto sob o ponto de vista clinico como social, estado actual desses conhecimentos; a importancia e o papel do hospital-sanatorial no combate anti-tuberculose, pelo professor A. Lemos Torres; c) aula pratica:

"O hospital-sanatorial e sua organização medica"; reuniões para discussão de casos, demonstrações de necroscopias, reuniões quinzenaes para leitura de revistas medicas de especialidade; pesquisas semestraes sobre assumptos clinicos e therapeuticos. O hospital-sanatorial e o seu funcionamento: typo de observação clinica, controles sobre a evolução e sobre o tratamento, documentação radiographica, archivo. O hospital-sanatorial e sua articulação com o ambulatorio annexo e com outros serviços. O "Follow up", pelos drs. Fleury de Oliveira e Octavio Nebias.

Dia 2 de Julho — a) aula theorica: "Noções de radiologia normal do pulmão de adultos e de crianças; aspecto radiologico das lesões fundamentaes da tuberculose do pulmão e das pleuras; estudo das imagens mediastinaes normaes e na tuberculose, pelo dr. Cassio Villaça; b) aula pratica de radioscopia e de tomadas de radiographia. Revelação, serviço de copias e de dispositivos. Archivo de radiographias, pelo dr. Cassio Villaça e senhorita Schmieder.

Dia 4 de Julho — a) aula theorica: "Mecanismo da contaminação humana pelo bacillo Koch; sua frequencia e vias de penetração; localizações iniciaes da tuberculose humana; o complexo primario; estudo clinico e radiologico do complexo primario pulmonar", pelo dr. Decio Queiróz Telles; b) aula pratica: "O ambulatorio annexo e seu funcionamento: consultas, typos de fichas, casos novos de tuberculose, controle clinico, social e therapeutico dos doentes matriculados: a secção infantil; função das educadoras-sanitarias no ambulatorio e no serviço social, pelo dr. Decio de Queiroz Telles e a senhorita Yolanda Teixeira.

Dia 5 de Julho — a) aula theorica: "Formas evolutivas immediatas e tardias do complexo primario; reacção do organismo; sensibilidade e alegria", pelo dr. Fleury de Oliveira; b) aula pratica: "demonstração de casos das prin-

cipaes formas da primo-infecção e das suas exacerbações immediatas e tardias; pirquetisação; controle clinico e social dos doentinhos e suas familias, pelos drs. Decio Queiroz Telles e Mario Lotufo.

Dia 6 de Julho — a) aula theorica: "As formas iniciaes da tísica do adulto: a reinfecção engodona e a super-infecção exogenea; o inicio apicilar e o infiltrado precoce; o estado alergico e as vias evolutivas", pelo dr. Octavio Nebias; n) aula pratica: "Realisação de provas de laboratorio para diagnostico e controle do tratamento de casos de tuberculose; exame do caso de tuberculose do adulto e de seus modos de evolução", pelos drs. Octavio Nebias e Fleury de Oliveira.

Dia 7 de Julho — a) aula theorica: "As lesões fundamentaes da tuberculose pulmonar e seu estudo anatomo-pathologico", pelo dr. Moacyr Amorim; b) aula pratica: "Autopsia de um caso de tuberculose pulmonar; demonstração de peças e de córtes histologicos", pelo dr. Moacyr Amorim e sra. Nieha Zink.

Dia 8 de Julho — a) aula theorica: "Orientação actual do tratamento da tuberculose pulmonar; climatotherapie, regime hygieno-dietetico, e tratamento chimico; a colapsotherapia pulmonar; sua base scientifica e seus methodos; mecanica respiratoria normal e pathologica", pelo dr. Fleury de Oliveira; b) aula pratica: "Pratica do pneumothorax artificial;

tratamento dos derrames pleuraes: operação de Jacobaeus", pelos drs. Octavio Nebias, Fleury de Oliveira e Carlos Comenale.

Dia 9 de Julho — a) aula theorica: "O pneumothorax artificial: mecanismo da acção, indicações, technica, manutenção e abandono deliberado; pneumothorax bilateral; accidentes e complicações; meios que auxiliam e completam a sua acção; a pneumothorax extra-pleural" pelo dr. Octavio Nebias; b) aula pratica: "Pratica de pneumothorax artificial; operação de Jacobaeus; operações sobre o nervo frenico", pelos drs. Octavio Nebias, Fleury de Oliveira e Eduardo Etzel.

Dia 11 de Julho — a) aula theorica: "Operações sobre o nervo frenico: technico e mecanismo da acção; noções geraes sobre as toraceplastias e os seus differentes typos; technica, mecanismo de acção, accidentes e complicações", pelo professor Alipio Correia Netto; b) aula pratica: "Uma operação de toracoplasia classica", pelo professor Alipio Correia Netto.

Dia 12 de Julho — a) aula theorica: "Indicações geraes e regras a serem obedecidas no emprego dos differentes methodos colapsotherapicos; a colapsotherapia autonoma e associada; resultados clinicos immediatos e tardios", pelo dr. Decio de Queiroz Telles; b) "Uma operação de toracoplasia com apicolise", pelo professor Alipio Correia Netto.

Escola Paulista de Medicina

Visita do sr. Interventor Federal — No dia 12 de Julho pela manhã o interventor federal dr. Adhemar de Barros visitou a Escola Paulista de Medicina. S. exa. fez-se acompanhar pelo prof. Medina, pelo seu ajudante de ordens, tenente Pupo Nogueira e pelo seu auxiliar de gabinete, Odilon de Oliveira.

A' entrada da Escola Paulista de Medicina foi recebido pelos drs.

Lemos Torres, director, Alvaro Guimarães Filho, secretario, e Marcos Lindenberg professor, além de elementos do corpo docente e discente.

Depois de percorrer todas as installações da Escola, inclusive as novas obras, ora em andamento, o sr. Adhemar de Barros foi homenageado por professores e alumnos.

O dr. Pedro de Alcantara, professor da Escola, falando em nome

dos homenageantes, pronunciou um discurso em que discorreu longamente sobre a medicina e o papel do medico na sociedade. Depois passa a falar sobre a função do estabelecimento, quando disse: "A Escola Paulista de Medicina é uma consequencia inelutavel da Faculdade, e deve ser attribuida ao mesmo acto de sabedoria governamental. E' uma consequencia e representa tambem um grande serviço á juventude, porque acolhe em suas aulas trezentos e sessenta alumnos que, embora capazes, não couberam na outra, porque coopera com a Escola-Mater nos serviços de cultura, e, mais do que tudo, é o amphitheatro magnifico onde esplendem antigos discipulos seus trilhando os mesmos caminhos, ofertando os mesmos fructos servindo os mesmos principios e provando que ella não fez apenas alumnos. Fez muito mais, fez verdadeiros mestres.

Foi entre outros, um grupo desses antigos discipulos, cheio de idealismo e animado de um puro sentido patriotico, que tomou o encargo de cumprir as entrelinhas do decreto do governo".

Faz, em seguida, o elogio dos drs. Octavio de Carvalho e Samuel Ribeiro, os orientadores da iniciativa, concluindo por agradecer ao dr. Adhemar de Barros, o primeiro chefe do governo que visita a Escola Paulista de Medicina a honra que lhe proporcionara.

O dr. Adhemar de Barros iniciou seu discurso dizendo que a Escola Paulista de Medicina, a despeito de sua curta existencia, é um grande attestado de esforço e de energia, e, por outro lado, um monumento erguido ao valor da contribuição particular em prol do ensino superior.

Passa a fazer referencia á visita em si e agradece a homenagem que se lhe era prestada, para dizer:

Tenho em meu poder uma estatística segundo a qual o Brazil formou, de 1923 a 1935, cerca de 4.600 medicos. Completamos esses dados até o momento em que vos falo, e admittamos que a estatística se eleve, presentemente,

aseis mil. E' muito? — Não acredito que o seja. O velho conceito do saudoso professor Miguel Pereira — "O Brasil é um vasto hospital" — convence-nos de que nunca será excessivo o numero de medicos que as nossas escolas especializadas venham a diplomar. Paiz de enorme extensão territorial, sujeito a climas os mais variados e sob a ameaça, por isso mesmo, das enfermidades igualmente mais heceterogeneas, tem elle urgente precisão de homens capazes, pela dedicação como pelo saber de preservar e defender a saude das populações que o habitam de Norte a Sul.

Cabe ao medico o dever precipuo de formar, no paiz, a consciencia sanitaria. Inuteis serão os nossos esforços em prol da formação de uma consciencia civica, si não cuidarmos parallelamente, no que concerne ao povo de sua saude moral e physica. De que vale, com effeito, habilitar o povo a exercer, com pleno conhecimento das proprias responsabilidades os seus direitos de cidadania, si pelo abandono physico em que o deixarmos elle se torna incapaz de ter vontade? A profissão do medico é, antes de tudo, um apostolado. E como o apostolado quer dizer renuncia e desinteresse, nada me commove tanto como a dedicação com que os nossos esculapios se consagram ao trabalho de dar ao Brasil gerações de homens validos, homens aptos a subjugar as endemias que assolam o paiz em algumas das suas regiões mais prosperas, homens aptos em uma palavra, a lutar vigorosamente contra os inimigos trahicoeiros que não raro o espreitam dentro de si mesmo.

Colloco a preocupação sanitaria no ponto mais alto do edificio que estamos construindo, para nelle abrigar-se, em futuro proximo, uma das nacionalidades mais fortes e valorosas do continente. Quero ter a felicidade de poder distribuir, durante o meu governo, livros e mais livros, ás mãos de todos os brasileiros, que trabalham em São Paulo pela grandeza

do Brasil; mas quero que entre esses livros esteja tambem uma cartilha da saude, a ser explicada pelos medicos. Nas horas em que os negocios da administração me deixam livres para o trabalho da meditação, sonho com um São Paulo cada vez maior, pelo tra-

balho, e cada vez mais feliz, pela energia physica dos seus filhos”.

O interventor federal concluiu sua oração commentando artigos da Constituição de 10 de novembro, relacionados com a saude publica, sendo muito aplaudido.

Departamento de Saúde do Estado

Serviço de Laboratorios de Saude Publica — O sr. interventor federal assignou, o decreto n. 9.437, organizando o Serviço de Laboratorio de Saude Publica.

Ao Serviço de Laboratorios de Saude Publica, dependencia do Departamento de Saude do Estado, com sede no Instituto Butantan, compete :

a) realizar investigações scientificas, exames de Laboratorio em geral e preparar productos que interessem á saude publica ;

b) organizar excursões scientificas no interior do Estado e do paiz, para o estudo das questões referentes a saude publica, de accordo com as suas finalidades ;

c) colaborar com a Universidade de S. Paulo, dentro das finalidades dos laboratorios de saude publica ;

d) divulgar os resultados dos seus trabalhos e estudos ;

e) estabelecer contacto e intercambio com outros centros scientificos para manter em dia o conhecimento dos progressos por elles alcançados, referentes ás suas finalidades ;

f) cobrar as taxas fixadas em leis.

O Serviço de Laboratorios de Saude Publica compõe-se de :

a) Directoria ;

b) Laboratorio Central, compreendendo duas divisões : a de Diagnostico e a de Produção e Exames Sanitarios Chimicos.

Os encargos technicos das Divisões de Diagnostico e da Produção e Exame Sanitarios e Chimicos serão distribuidos pelas diversas dependencias, de accordo com o que dispuzer o regulamento.

ASSUMPTOS DE ACTUALIDADE

A chimiotherapia moderna

Os Antiestreptococcicos não Azoicos — Resumo de um trabalho de J. J. Gournay e Y. Le Balc'h na Biologie Médicale, Paris, vol. XXVII, supplemento — 1937 :

Estamos acostumados a ver a chimiotherapia actuar principalmente em molestias provocadas por parasitas. Não se trata de uma regra absoluta, pois ha medicamentos chimicos preconizados contra a blenorragia, tuberculose, colibacillose. Comtudo, ao menos no ponto de vista experimental, as melhores provas da

possivel acção dos medicamentos chimicos se encontram nas affecções parasitarias.

A introdução dos recentes antiestreptococcicos que os medicos puderam experimentar, a partir de 1935, constitue uma grande novidade porque se pôde comprovar a acção innegavel dessa medicação, quer no laboratorio, quer na clinica.

— Por outra parte, habituámo-nos ainda a ter em conta, na chimiotherapia, a toxidade dos corpos utilizados : ao lado da actividade

destes medicamentos sempre se tem presente o $\frac{C}{T}$ (dose curativa), isto é, o coefficiente therapeutico.

Os antiestreptococcicos, azoicos ou não, preconizados nestes ultimos annos, parecem pertencer a uma classe nova, visto a sua toxicidade ser extremamente fraca, desprezivel clinicamente.

Compreende-se, portanto, o grande interesse que despertará qualquer trabalho que procure esclarecer estas questões.

Tal se dá naturalmente com o exhaustivo estudo de Gournay e Balc'h. Bem documentados, mostram-nos o grande valor dessa medicação antiestreptococcica, principalmente da septazine e Soluseptazine.

O trabalho desses dois clinicos francezes é bastante extenso e merecedor de ampla divulgação. Dão-nos um historico succinto dos chimiotherapicos antiestreptococcicos. Tecem diversas conside-

rações biologicas. Mostram os resultados clinicos obtidos em diversas affecções: rheumatismo, chorréa, de Sydenham, pyurias, gripes, endometrites puerperaes, abortos infectados, adenophlegmões. Alinham uma serie de observações pessoases.

Para elles, a medicação septanizada é desprovida de qualquer perigo e sua efficacia é devéras notavel. Em todos os casos, onde a experimentaram, colheram os resultados. Preconizam a septazine em doses fraccionadas de 2 a 5 gr. diarias. Usam-na sempre. Della não prescindem, mesmo quando o doente receba injeções da soluseptazine.

A sua experimentação pessoal (210 casos) lhes induz a affirmar que "a introdução dos derivados sulfamidados na therapeutica constitue uma arma inteiramente efficaz, dirigida principalmente contra os casos clinicos que até agora resistiam aos esforços therapeuticos".

NEURILAN

*Poderoso calmante do
systema neuro-vegetativo.*

*Indicado na excitação nervosa,
nos desequilíbrios vagosympathicos,
palpitações, insonecia,
dyspepsia nervosa.*

*A base de estroncio bromado,
crataegus, leptolobium, meimendo*

*Dose 1a 2 colheres das de chá em agua
assucarada às refeições*

Lab. Gross-Rio

NEURILAN

NAO DEPRIMENTE

ARTEFACTOS DE BORRACHA

LUVAS DE BORRACHA PARA CIRURGIA. TUBOS DE BORRACHA PARA TODOS OS FINS. BICOS E CHUPETAS. ROLHAS DE BORRACHA. DEDEIRAS

Varios artigos para laboratorio e pharmacia

Genesio Figueirôa & Filho

CAIXA POSTAL, 1256

Rua Florencio de Abreu N.º 32 — São Paulo

NAGRIPPE, PNEUMONIA, BRONCHITE AGUDA E CRONICA,
BEM COMO NAS COMPLICAÇÕES POST-OPERATORIAS,

Cyclosol

E' EXCELLENTE MEDICAMENTO.

*

NA SYPHILIS NERVOSA, CUTANEA E VISCERAL

BINATRIUM (tartaro bismuthato de sodio)

SAL SOLUVEL DE BISMUTHO,

E' INFALLIVEL E COMPLETAMENTE INDOLOR.

 *Instituto Biotherapico Brasileiro*

DIRECCAO SCIENTIFICA

DR. A. MACIEL DE CASTRO Phco. CLOVIS RIBEIRO VIEIRA

Diplomados pelo Instituto de Manguinhos

PARA AMOSTRAS :

Deposito em S. Paulo:

RUA JOSE BONIFACIO, 233 - 8.º and., salas 801 a 806 — Phone, 2-7955

Na *bismuterapia* da SIFILIS destaca-se pelos
notaveis efeitos em qualquer de suas formas
ou manifestações em *adultos* ou *crianças* o

NATROL

(Tartaro bismutato de sodio)

Producto hidrosoluvél. Atividade e tolerancia
maximas. Facilidade de emprêgo. Ausencia de
reações locais ou gerais.

Empôlas de 2 c.c. = 0,038 Bi

NATROL (pomada) - Cicatrizante, espirilicida de ação local.

CARLOS DA SILVA ARAUJO S/A.

Caixa Postal, 163

Rio de Janeiro

Deposito em S. PAULO: Rua 11 de Agosto, 35

